

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Role rodiny v kontextu  
plánování speciálně pedagogické intervence  
o žáky s mentálním postižením  
staršího školního věku**

**Diplomová práce**

Autor práce: Bc. Lenka Málková  
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a  
management speciálních zařízení  
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

**2018**

**Hradec Králové**



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Lenka Málková

**Studium:** P16K0068

**Studijní program:** N7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

**Název diplomové práce:** **Role rodiny v kontextu plánování speciálněpedagogické intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku**

**Název diplomové práce AJ:** The role of family in the context of planning special educational intervention for mentally disabled pupils older school age

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Cílem teoreticky orientované části diplomové práce je definovat pojem mentální postižení, popsat specifika edukace žáků s mentálním postižením, legislativně vymezit možnosti vzdělávání žáků s mentální retardací na úrovni středních škol, vymezit pojmy předprofesní a profesní přípravy a následně pak definovat možnosti kooperace speciálních pedagogů - školy, rodiny a pracovníků školských poradenských zařízení při zajištění intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání. V prakticky a komparativně orientované části diplomové práce budou sledovány názory a přístup rodičů žáků s mentálním postižením ke vzdělávání, rozvoji a plánování budoucnosti jejich dítěte s mentálním postižením. Z metodologického hlediska bude použito kvalitativního výzkumu, interpretace výsledků z rozhovorů očima rodičů dětí s mentálním postižením.

ČERNÁ, M. (Ed.), STRNADOVÁ, I., ŠIŠKA, J., TITZL, B., KAINOVÁ, T. (2008) Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha : Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3. LEČBYCH, Martin. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4. LEVINSON, Abraham. The mentally retarded child. London: G. Allen & Unwin, 1967, 185 s. LI, Xinrui a Miloň POTMĚŠIL. Early intervention for children with developmental disabilities - a family centred approach. 1. vydání. Olomouc: Published and printed by Palacký University, 2015, 100 stran. Monografie. ISBN 978-80-244-4925-8. PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1. STRNADOVÁ, I. (2008) Rodiny osob s mentálním postižením. Současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 122 s. ISBN 978-80-7290-388-7 ŠELNER, Ivo. Fenomén člověk s postižením. Vyd. 1. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0. ŠIŠKA, Jan. Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. 1. vyd. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2005, 100 s. ISBN 80-246-0992-4. ŠTĚRBOVÁ, Dana a Miluše RAŠKOVÁ. The specifics of communication in relation to sexuality I: helping professions in relation to sexuality, including persons with intellectual disabilities. Olomouc: Palacký University Olomouc, 2014, 161 s. Monographs. ISBN 978-80-244-4444-4.

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

**Oponent:** doc. PhDr. Boris Titzl, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 5. 12. 2016

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne.....

.....

Jméno a příjmení

## Poděkování

Děkuji všem, kteří mi byli nápomocni při zpracovávání této práce. Zvláště bych pak chtěla poděkovat PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracovávání práce.

## ANOTACE

MÁLKOVÁ, Lenka. *Role rodiny v kontextu plánování speciálně pedagogické intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 00 s. Diplomová práce.

Cílem teoreticky orientované části diplomové práce je definovat pojem mentální postižení, popsat specifika edukace žáků s mentálním postižením, legislativně vymezit možnosti vzdělávání žáků s mentální retardací na úrovni středních škol, vymezit pojmy předprofesní a profesní přípravy a následně pak definovat možnosti kooperace speciálních pedagogů - školy, rodiny a pracovníků školských poradenských zařízení při zajištění intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku, ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání.

V prakticky a komparativně orientované části diplomové práce budou sledovány názory a přístup rodičů žáků s mentálním postižením ke vzdělávání, rozvoji a plánování budoucnosti jejich dítěte s mentálním postižením. Z metodologického hlediska je použito metody kvalitativního výzkumu, tj. rozhovoru.

**Klíčová slova:** Mentální retardace, rodina, dítě s mentálním postižením, speciálně pedagogická intervence, edukace, budoucnost, sociální a školská integrace, inkluze

## ANNOTATION

MÁLKOVÁ, Lenka. *The role of family in the context of planning special educational intervention for mentally disabled "higher school age" pupils*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 00 pp. Degree Thesis.

The aim of the theoretically oriented part of the dissertation is to define the concept of mental retardation, describe the specifics of education for mentally-impaired children and legislatively define the learning opportunities for students with mental retardation at secondary school level. Further the aim is to define the concepts of pre-vocational and vocational training and subsequently define the possibilities for cooperation of special school educators, families and school counseling facilities staff to ensure the intervention/care for mentally disabled pupils higher school age in relation to their further professional education.

The practically and comparatively oriented part of this work will monitor the views and attitude of parents of pupils with intellectual disabilities in terms of education, their development and planning for the future of their mentally impaired children. From a methodological point of view there will be used qualitative research and interpretation of results from interviews with parents who are raising a child with mental disabilities (especially with parents of pupils visiting specially oriented elementary school grade 8 to 10). The focus will be on their perceptions of "what to do further", questions regarding their child life perspective and what to do for the future of their nearly grown children.

**Keywords:** Mental retardation, family, mentally handicapped child, special pedagogical intervention, education, future, social and educational integration, inclusion

# 1 Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>2 DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ.....</b>	<b>11</b>
2.1 Dítě s mentálním postižením ve školním věku .....	11
2.2 Vymezení pojmů mentální retardace a mentální postižení.....	12
2.3 Etiologie mentální retardace .....	13
2.4 Klasifikace mentální retardace .....	15
2.4.1 Charakteristika jedinců s lehkou mentální retardací.....	15
2.4.2 Charakteristika jedinců se středně těžkou mentální retardací.....	16
2.4.3 Charakteristika jedinců s těžkou mentální retardací .....	17
2.4.4 Charakteristika jedinců s hlubokou mentální retardací.....	18
2.5 Socializace jedinců s mentálním postižením v rodině .....	19
2.5.1 Terapeuticko-formativní přístupy využitelné u osob s mentálním postižením .....	21
2.5.2 Další podpůrné pedagogické a rehabilitační metody v edukaci jedinců s mentálním postižením .....	26
<b>3 RODINNÉ PROSTŘEDÍ DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE ŠKOLNÍM VĚKU .....</b>	<b>29</b>
3.1 Role rodiny ve výchově a vzdělávání dítěte s mentálním postižením.....	31
3.1.1 Podpora dítěte s mentálním postižením v jeho osobnostním rozvoji, soběstačnosti a sebeuplatnění .....	32
3.1.2 Sociální služby .....	34
3.1.3 Služby pro rodiče dětí s mentálním postižením.....	34
3.2 Plánování budoucnosti dítěte s mentálním postižením v představách rodičů.....	36
<b>4 EDUKACE ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM S PŘESAHEM DO SFÉRY PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ.....</b>	<b>38</b>
4.1 Osobnostně-strukturální specifika žáků v edukaci .....	39
4.2 Didaktické zásady využívané při edukaci žáků s mentálním postižením .....	40
4.3 Další vzdělávání a možnosti předprofesní a profesní přípravy mládeže s mentálním postižením .....	41
4.3.1 Odborná učiliště .....	42
4.3.2 Praktická škola s jednoletou přípravou a praktická škola dvouletá .....	43
4.4 Edukace jedince s mentálním postižením v období dospívání a dospělosti.....	44
<b>5 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE O ŽÁKY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU .....</b>	<b>47</b>

<b>5.1 Speciálně pedagogická intervence v rodinách dospívajících a dospělých osob s mentálním postižením .....</b>	<b>47</b>
<b>5.2 Seberealizace dospělého člověka s mentálním postižením .....</b>	<b>48</b>
5.2.1 Podporované zaměstnávání .....	49
5.2.2 Tranzitní program.....	51
5.2.3 Sociální rehabilitace .....	51
5.2.4 Stacionáře .....	52
<b>5.3 Speciálně pedagogická intervence v rodinách stárnoucích osob s mentálním postižením.....</b>	<b>52</b>
<b>5.4 Kooperace speciálních pedagogů – školy, rodiny a pracovníků školských poradenských zařízení při zajištění intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání .....</b>	<b>53</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>56</b>
<b>6 KVALITATIVNĚ- KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>57</b>
6.1 Metodologie výzkumu praktické části diplomové práce .....	58
6.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky kvalitativně orientované části diplomové práce .....	59
6.3 Vymezení výzkumných cílů a hypotéz kvantitativně orientované části diplomové práce.....	61
6.4 Realizace výzkumu praktické části diplomové práce.....	62
6.5 Charakteristika výzkumného vzorku praktické části diplomové práce .....	63
6.6 Výsledky a jejich interpretace.....	64
6.7 Konkretizace přístupu rodičů s mentálním postižením k jejich dalšímu životnímu uplatnění .....	64
6.7.1 Rodina č. 1.....	64
6.7.2 Rodina č. 2.....	67
6.7.3 Rodina č. 3.....	68
6.7.4 Rodina č. 4.....	70
6.7.5 Rodina č. 5.....	73
6.7.6 Rodina č. 6.....	75
<b>7 ZHODNOCENÍ NAPLNĚNÍ CÍLŮ, HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....</b>	<b>93</b>
7.1 Analýza obsahu rozhovorů .....	94
7.1.1 Budoucí očekávání – obavy.....	94
7.1.2 Inkluze a speciální vzdělávání očima matek dětí staršího školního věku s mentálním postižením .....	94
7.1.3 Socializace jedinců s mentálním postižením .....	97
7.1.4 Osamostatnění se jedinců s mentálním postižením .....	98
7.1.5 Plánování budoucnosti jedinců s mentálním postižením .....	99
7.1.6 Obavy stárnoucích rodičů související nejen se zdravotním stavem.....	100
7.1.7 Role zdravého sourozence v rodině.....	101



7.1.8 Otázky týkající se manželství a případného rodičovství jejich dítěte s mentálním postižením .....	102
7.1.9 Problematika pubescentního věku dětí s mentálním postižením .....	102
7.1.10 Nedostatečná podpora rodin dětí s mentálním postižením a nedostupnost adekvátních služeb.....	103
7.1.11 Zajištění vhodné intervence.....	104
7.1.12 Výchova a péče o jejich potomky s mentálním postižením.....	106
7.1.13 Nedostatek volného času a seberealizace samotných matek dětí s mentálním postižením .....	107
7.1.14 Aktuální problémy, včetně zdravotních, které řeší rodiče potomků s mentálním postižením .....	108
<b>7.2 Komparace představ a náhledů na výchovu, vzdělávání a plánování budoucnosti rodičů vychovávajících dítě bez postižení a rodičů s dítětem s mentálním postižením.....</b>	<b>109</b>
7.2.1 Rodina vychovávající dítě staršího školního věku bez postižení.....	109
7.2.2 Rodina vychovávající dítě staršího školního věku s mentálním postižením.....	111
<b>8 DISKUZE .....</b>	<b>113</b>
<b>8.1 Závěrečné zhodnocení.....</b>	<b>115</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>118</b>
<b>SEZNAM ODBORNÝCH PRAMENŮ A LITERATURY</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## **Seznam použitých zkratk, značek, termínů a jiného označení**

Mentální postižení: *použito v sociálním kontextu*

Mentální retardace: *označení pro diagnózu*

MR: *mentální retardace*

SPC: *Speciální pedagogické centrum*

PPP: *Pedagogicko-psychologická poradna*

SPMP ČR: *Společnost pro podporu osob mentálním postižením a jejich rodin*

MPSV ČR: *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky*

## ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na problematiku: „*Role rodiny v kontextu plánování speciálně pedagogické intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku.*” Otevřela jsem aktuální téma vybraných rodin, ve kterých vyrůstá dítě s mentálním postižením, plánování budoucnosti a s ním spojenou častou otázkou stárnoucích rodičů: „Co bude s mým dítětem, až tu nebudu, kdo se o něj postará?“ Plánování budoucnosti potomka s mentálním postižením začíná být pro rodiče nejaktuálnější zejména v období jeho dospívání a dospělosti. V této době se rodiče snaží zaujmout co nejrealističtější postoj, snaží se vycházet z preferencí, zájmů a potřeb svého dítěte s mentálním postižením, hledají adekvátní poskytované služby pro své potomky.

Matějček (2001) se přiklání k názoru, že rodiče dětí s mentálním postižením jsou výrazně ovlivněni tím, jak přijímá jejich děti společnost. Na veřejném mínění závisí i postoje samotných rodičů vůči vlastním dětem.

Jenkins (1993) předkládá domněnku, že lidé s postižením intelektu budou čelit v každé kultuře, v každé zemi, potížím souvisejícím s uznáním vlastní důstojnosti a místem ve společnosti. Povzbudivé změny, které za poslední desetiletí v této oblasti nastaly, vzbuzují ale i naději, že rodiče, kterým se v budoucnu narodí dítě s postižením, již čeká přijatelnější vize vlastní budoucnosti, než jakou mají tito rodiče dnes. (Vančura, 2007)

Naskýtá se mi možnost přispět k tématu i z osobní roviny, matky již dospívajícího syna s mentálním postižením. Nad diagnózou, mentální retardace, není možné zvítězit ani ji přemoci sebelepším vědeckým poznáním, ale výrazně lze ovlivnit život takto postiženého jedince všestrannou péčí, zajištěním dostatečné edukace a životním nasměrováním. Pokusit se o zodpovědné plánování životních perspektiv jedinců s mentálním postižením do budoucnosti. Není v lidských silách nalézt optimální odpověď na to, co bude dál, ale přijatelnou ano.

Miler (2005) poukazuje na to, že primární snahou, nejen rodičů, kteří vychovávají dítě s mentálním postižením, ale všech, kteří mu poskytují podporu a pomoc, by mělo být především pochopení jejich vnitřního světa, měli by se do

něho umět „vžít“. Je však nezbytné neustále pracovat se svým vědomím – myšlením, citěním, intuicí a vnímáním. (*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2005, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720)

Své místo v diplomové práci zaujímají předsudky a stereotypy, které vyplývají z hodnotových vzorců chování, tradic, zkušeností, informací či dezinformací a ze sociálního vnímání. Závěry obvykle vyvozujeme na základě našich očekávání. (Vágnerová, 2003)

Cílem diplomové práce je teoreticky i prakticky popsat jakousi vizi rodičů při plánování budoucnosti svého dítěte s mentálním postižením a současně poukázat na důležitost celého procesu plánování budoucnosti. Nikoliv z pozice pouhého pozorovatele, ale ze subjektivního hlediska matek, které vychovávají dítě s mentálním postižením, a ze shromážděných informací se následně pokusit o komparaci jednotlivých představ, pohledu mého a ostatních matek dětí s mentálním postižením. Ale také podpora všech rodičů dětí s mentálním postižením v tom, aby se dokázali odpoutat od obav, jak vše jejich děti bez nich zvládnou.

Někteří autoři, například Murrayová (2002) shledávají rozhodování rodičů o zajištění budoucnosti svého postiženého dítěte jedním z nejnáročnějších momentů vůbec. (Vančura, 2007)

Smysl diplomové práce spočívá v podpoře všech rodičů, zejména matek, které mají často pochybnosti, jestli svou životní výzvu zvládnou, a v přispění k jejich nezdolnosti, ale také bych chtěla poukázat na opomíjenou problematiku stárnoucí populace rodičů osob s mentálním postižením.

Plánování budoucnosti je nejen velmi citlivé a bolestivé téma pro mnohé rodiče potomků s mentálním postižením, ale i velmi diskutabilní z etického hlediska. Strnadová (2009, s. 193) otevírá otázku: „*Nepřesouváme na rodiče odpovědnost za něco, co bychom jako odborníci měli zajišťovat sami? Rodiče samozřejmě v jejich roli nahradit nemůžeme, nicméně chybějící systém podpory, zaměřený na stárnoucí populaci osob s mentálním postižením a jejich rodičů, není naší dobrou vizitkou*

(*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2009, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 19, č. 3. ISSN 1211-2720)

Pro výzkumné šetření je vybrán kvalitativní výzkum, který je doplněn kvantitativní částí, dotazníkem, který slouží především k doplnění dat, získaných v rámci kvalitativního výzkumu. Sběr dat je založen na základě šesti případových studií rodin, ve kterých vyrůstá dítě s mentálním postižením, staršího školního věku. Bylo využito i přímého pozorování chodu v samotných rodinách. Stěžejními výzkumnými metodami diplomové práce jsou rozhovory, vedené s jednotlivými členy rodiny, převážně s matkami dětí s mentálním postižením, včetně jejich dětí. Bylo použito polostrukturovaného rozhovoru s předem promyšlenými a připravenými otázkami, metody zúčastněného pozorování veškerého dění při edukaci jedinců s mentálním postižením, v Základní škole speciální a Střední škole dvouleté praktické.

Ward (in Švarcová, 2006, s. 180): „*Je dobře, když člověk ví, že není sám.*”

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2 DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ

Dítě s mentálním postižením je především lidskou bytostí, osobností, individualitou a až poté na něho můžeme pohlížet jako na jedince se speciálními potřebami, vyžadujícího zvláštní péči, služby a podporu. Mentální retardace je pouze diagnózou. Každý jedinec s mentálním postižením je zrovna tak jedinečný jako ostatní členové rodiny a všichni by měli společně nalézat cesty ke vzájemnému soužití.

Narozením dítěte s mentálním postižením se rodiče ocitají v rozporu s vysněnými představami o bezproblémovém mateřství a realitou. Vágnerová (2003) označuje dobu od potvrzení diagnózy krizí rodičovské identity. Rodina potřebuje čas na adaptaci vztahující se k narození dítěte s mentální retardací. V souvislosti s psychickým onemocněním stále přetrvávají předsudky ze strany společnosti. Dochází tak ke stigmatizaci nejen samotných jedinců s mentálním postižením, ale celých rodin.

Z etického hlediska, v přístupu k osobám s mentálním postižením, je stěžejní respektovat především lidskou důstojnost a snažit se o morální a lidský přístup. Izolace jedinců s mentálním postižením stigma jen posiluje. Etické jednání by se nemělo vázat pouze na kodexy, standardy a jiné předpisy, ale především na zachování lidských práv. (Šelner, 2012)

### 2.1 Dítě s mentálním postižením ve školním věku

Období školního věku u dětí s mentálním postižením představuje mnoho specifik a zvláštností ve všech oblastech. Nejnápadnější je to v oblasti kognitivní, zejména myšlení, a paměť. Myšlení je u těchto dětí konkrétní, s limitovanou schopností zobecňování, je stereotypní a rigidní. Paměť je mechanická. Nezanedbatelná je zvýšená sugestibilita a snížená schopnost kritiky těchto dětí, což hraje svou roli nejen ve vzdělávání, ale významu nabývá i v pozdějším samostatném životě. Typická je

snížená motivace k učení. Jedinci s mentálním postižením v tomto věku potřebují podporu v oblasti komunikace s okolím, sebeobslužných činnostech, oblasti zdraví a bezpečnosti, pomoc se sociálními dovednostmi a ve čtení, psaní a počítání. (Černá, 2015)

Vývoj jednotlivých funkcí, které jsou nezbytné pro zvládnutí školních požadavků, je nerovnoměrně opožděn. Úspěch ve škole má pro dítě význam zejména v souvislosti s uspokojením potřeby seberealizace. V sebehodnocení dítěte s mentálním postižením se výrazně projevují názory a hodnocení rodičů. Ovšem přehnaný důraz na školní úspěšnost je u některých rodičů dětí s mentálním postižením pouze obrannou reakcí, eliminující sociální závažnost defektu. (Vágnerová, Hadj Moussová, 2003)

## 2.2 Vymezení pojmů mentální retardace a mentální postižení

V diplomové práci je užito termínů „mentální postižení“ i „mentální retardace“. Mentální postižení je chápáno jako širší pojem, který zdůrazňuje zejména sociální stránku, a který v sobě zahrnuje označení mentální retardace, kde více vyznívá medicínské hledisko. Používá se především, hovoříme-li o označení onemocnění podle MKN-10, Světové zdravotnické organizace. Využívá se zejména v souvislosti s diagnostikou. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF = ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) užívá novější terminologie, která vychází ze změněné filosofie a přístupu.

Valenta a Müller (2013) považují termín mentální postižení za širší, než mentální retardace. Zpravidla bývá těchto termínů užito jako synonym.

*„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která obsahuje adaptační schopnosti jedince.“* (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 31) Emerson (2008, s. 12) mentální retardaci vymezuje takto: *Mentální retardace je podstatné omezení současného fungování, významně podprůměrnou funkcí intelektu [IQ < 75] souběžně se souvisejícím omezením dvou nebo více z následujících využitelných oblastí adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha,*

*život doma, sociální dovednosti, užitečnost v komunitě, rozhodování o sobě, zdraví a bezpečí, funkční vzdělavatelnost, volný čas a práce. Mentální retardace se projeví do tří let věku.*” Označení retardace má však v naší společnosti spíše hanlivý nádech. Švarcová (2003) naopak považuje termín mentální retardace za optimističtější a méně osudový než mentální postižení. V anglicky mluvících zemích se užívá termínu *porucha intelektu* (intellectual disability). V České Republice se toto označení nevyužívá. (Bazalová, 2014) Vhodnější je termín *mentální postižení*.

Emerson (2008, s. 12) se přiklání k tvrzení, že: *„Mentální postižení by mělo být chápáno jako synonymum britského termínu „poruchy učení” a severoamerického „mentální retardace.” „Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“* (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 30)

### **2.3 Etiologie mentální retardace**

Etiologie mentálního postižení je různorodá. Leckdy zůstanou příčiny neobjasněny. (Bazalová, 2014) V celosvětovém měřítku počet lidí s mentálním postižením stoupá, tvoří jednu z nejpočetnějších skupin. (Švarcová, 2006) Vágnerová (2004) se přiklání k názoru, že příčiny nárůstu jsou diskutabilní. Může se jednat o důsledek kvalitní neonatologické péče a s tím související snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Daří se zachraňovat i ty děti, které by dříve nedostaly ani šanci na život.

Všeobecně se uvádí asi 3-4 % osob s mentálním postižením v populaci. Statistiky uvádějí přibližně 300 000 osob s mentálním postižením a dalších asi 100 000 osob s jiným duševním postižením v České Republice. (Valenta a kol., 2014, s. 22)

*„Mentální retardace u dětí a adolescentů je multietnologickou jednotkou, kde porucha svou vážností zasahuje nejen do oblasti medicíny, ale ve svém důsledku hlavně do oblasti sociální.“* (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 115)



Mentální retardace tvoří interakci mezi genetickými, neurobiologickými a vnějšími faktory. Je to multifaktoriálně podmíněné postižení centrální nervové soustavy. Příčiny se dělí dle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. V prenatálním období hovoříme o vlivech hereditárních (dědičných), genetických, environmentálních a onemocnění matek v době těhotenství. Do perinatálního období se řadí perinatální encefalopatie (organické poškození mozku), mechanické poškození mozku při porodu, těžká novorozenecká žloutenka, kdy nejsou v souladu Rh faktory aj. V postnatálním období mentální retardaci způsobují faktory, jakými jsou například klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida, nádorová onemocnění, krvácení do mozku, později pak Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod. (Valenta a kol., 2014, s. 29)

Nejpočetnější skupinou příčin mentální retardace jsou syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Mezi nejrozšířenější patří Downův syndrom způsobený trizomií 21. chromozomu (Valenta a kol., 2014)

Zvláštní kategorii tvoří tzv. sociálně podmíněné mentální postižení. Jedná se o hraniční pásmo mentálního postižení, které bývá také označováno jako zdánlivá mentální retardace nebo dříve pseudooligofrenie. Nejde však o poškození centrální nervové soustavy, ale příčina spočívá ve vnějším prostředí, které pro dítě není dostatečně podnětné a stimulující a v důsledku toho dítě může trpět psychickou a sociální deprivací. Lze hovořit především o dětech ze sociálně znevýhodněného prostředí. Projevy jsou obdobné jako u mentálního postižení. Opožděný vývoj řeči, konkrétní a mechanické myšlení, narušení logického uvažování, potíže s abstraktními pojmy, infantilita, apatie, negativismus a snížená schopnost sociální adaptace. V tomto případě se však nejedná o trvalý stav. Vhodnou a včasnou intervencí může dojít k pozitivní změně a ke zlepšení obtíží. (Bazalová, 2014, s. 16-17)

Mentální retardace může být způsobena:

- mutací chromozomů nebo genů, tj. dědičným základem
- dědičným základem ovlivněným faktory sociálního prostředí
- poškozením centrální nervové soustavy, tj. patologickým stavem bez dědičného základu
- nelze zjistit příčinu (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008)

## 2.4 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku a vytvoření sociální závislosti pro neodpovídající porušený nebo zastavený intelektový vývoj jedince. Stupeň mentální retardace se určuje na základě posouzení struktury inteligence, schopnosti adaptability, orientace, inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí sociálně-kulturních nároků na jedince. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- Lehká mentální retardace, IQ 50-69 (F70)
- Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)
- Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)
- Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)
- Jiná mentální retardace (F78) – určení stupně mentální retardace s využitím obvyklých metod je zvlášť obtížné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo somatické postižení
  - Nespecifikovaná mentální retardace (F79) – chybí dostatek informací pro zařazení osoby s mentální retardací do některé z kategorií (Švarcová, 2006)

### 2.4.1 Charakteristika jedinců s lehkou mentální retardací

Jedinci s lehkou mentální retardací jsou zařazeni, dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do kategorie F70. Inteligenční kvocient (IQ) se u těchto osob pohybuje v rozmezí 69-50. Tito jedinci dokážou používat účelně řeč v každodenním životě. Dovedou konverzovat, komunikovat a zapojit se do sociálního prostředí bez větších obtíží, přestože rozvoj řeči byl u nich oproti vývojové normě opožděn. Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni zobecňování, abstrahování, ale omezená je schopnost usuzování, což má negativní vliv

na komunikační proces. (Bendová, Nikl, 2011)

U osob s lehkou mentální retardací hraje velkou roli dědičnost a deprivace. Dochází ke znevýhodnění jedinců v oblasti zdědění nedostatečných vloh, včetně hodnoty IQ a mnohdy je to propojeno s nepodnětným prostředím.

Lidé s lehkou mentální retardací mají sníženou schopnost předvídat a rozeznat případné nebezpečí. Myšlení mají mechanické, povrchní, nepřesné bez rozlišení podstatného. Opoždění je patrné již v předškolním věku, výrazněji se však projeví ve školním věku, kdy se objevují obtíže při školní výuce.

Tato skupina představuje asi 70% všech jedinců s mentální retardací. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008)

Jsou-li tito jedinci dobře vedeni a podporováni, v rámci plnění školní docházky, zvládnou i absolvovat učební obor dle svých individuálních možností.

Černá (2015) uvádí, že si tito jedinci osvojí dovednosti na úrovni šestého ročníku základní školy, nezvládnou tedy učivo druhého stupně základní školy a školy střední. Potřebují speciálně pedagogický přístup, a to zvláště na úrovni středoškolského vzdělávání.

Švarcová (2006) tvrdí, že u většiny jedinců s lehkou mentální retardací lze dosáhnout úplné nezávislosti v péči o svou osobu, to znamená ve stravování, mytí, oblékání, v oblasti hygieny. U jedinců s lehkou mentální retardací je patrná citová nezralost, nízká sebekontrola a výrazná sugestibilita. Mají potíže ve čtení a psaní. Jako efektivní v edukaci, se u nich jeví výuka zaměřená na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

V dospělosti se začlení do pracovního procesu, založí rodinu a jsou schopny udržovat sociální vztahy. (Bazalová, 2014)

#### **2.4.2 Charakteristika jedinců se středně těžkou mentální retardací**

Lidé se středně těžkou mentální retardací spadají, dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do kategorie F71. IQ se u těchto osob uvádí rozmezí 49-35. Tito jedinci mají sníženou schopnost porozumění obsahu řeči, včetně rozvoje expresivní složky řeči. Oblast komunikace je výrazně omezena po celý život. Úroveň rozvoje řeči je ale u jednotlivých jedinců se středně těžkou mentální retardací

variabilní. Někteří jedinci dosáhnou schopnosti vést jednoduchou konverzaci, verbálně nebo s využitím alternativní či augmentativní komunikace (AAK) a druzí nesvedou ani vyjádřit své potřeby. Někteří z nich se nenaučí mluvit nikdy, přestože rozumí verbálními instrukcím a umí funkčně používat gestikulaci a jiné formy nonverbální komunikace. (Bendová, Zíkl, 2011)

V rámci plnění povinné školní docházky si dokážou osvojit dovednosti na úrovni čtvrté třídy základní školy. Pouze však za předpokladu, je-li jim poskytnuto speciální vzdělávání. (Černá, 2015) Vzdělávání probíhá zpravidla v základní škole speciální, kde působí i asistenti pedagoga, dále osobní asistenti, kteří jsou nápomocni při potížích v oblasti sebeobslužných činností.

U osob se středně těžkou mentální retardací se mohou objevovat přidružené chorobné stavy, jako jsou neurovývojové poruchy, poruchy autistického spektra, epilepsie, různé neurologické či psychiatrické diagnózy. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

U jedinců se středně těžkou mentální retardací je obtížné vypěstovat základní hygienické návyky, ale lze to. V pozdějším věku jsou schopny simplexních stereotypních úkonů, což jim umožňuje výkon jednoduché práce pod dohledem. Tvoří skupinu asi 20% všech jedinců s mentální retardací. Většina osob se středně těžkou mentální retardací nedosáhne schopnosti vést zcela nezávislý - samostatný život. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008)

### **2.4.3 Charakteristika jedinců s těžkou mentální retardací**

Osoby s těžkou mentální retardací jsou zařazeny, dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do kategorie F72. IQ u těchto osob je 34-20.

Jedinci s těžkou mentální retardací jsou výrazně limitováni ve všech oblastech. Řečový rozvoj je u osob s těžkou mentální retardací individuální. Někteří jedinci se naučí pouze pár smysluplných slov, u jiných se řeč nevytvoří vůbec a může zůstat na bázi pudových hlasových projevů. Projevy spokojenosti, přání, odporu či zlosti. *„Narušeny jsou i modulační faktory řeči, zejména dynamika a melodie, jež jsou hrubé a nevyvážené. Někdy se u těchto jedinců uplatňují také echolalické*

*napodobovací senzomotorické reflexy, jež se demonstrují tím, že dítě opakuje slyšené zvuky, popřípadě i slova, jako ozvěna, ale bez pochopení smyslu.“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 14)*

Tito jedinci jsou charakterističtí nestálostí nálad a impulzivností. Někteří si osvojí základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob je značně omezené. Vzdělávají se v základní škole speciální. (Bazalová, 2014) Přesto však potřebují včasnou systematickou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péči, která může výrazně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti apod. Nejsou schopni sociálního zapojení a vyžadují trvalou péči. Mají výrazně narušenou motoriku. Časté jsou somatické vady a přidružená další postižení. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008)

Jedinci s těžkým mentálním postižením jsou celoživotně závislé na péči druhých osob.

#### **2.4.4 Charakteristika jedinců s hlubokou mentální retardací**

Jedinci s hlubokou mentální retardací spadají, dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do kategorie F73. IQ mají 19 a nižší, což je ale spíše odhadováno, protože za využití aktuálně známých diagnostických nástrojů IQ nelze přesně změřit. Jedinci s hlubokou mentální retardací nejsou schopni porozumět instrukcím či požadavkům a vyhovět jim. Chápání a používání řeči je u nich na velmi nízké úrovni. Dovedou reagovat pouze na jednoduché požadavky. Expresivní složka řeči se u nich téměř nevyvíjí. Zpravidla neumí vyjádřit své potřeby a city. Mohou se projevat prostřednictvím neartikulovaných zvuků, které modelují dle jejich aktuálního psychického rozpoložení. Mají narušeno i koverbální chování, které je specifické svou nefunkčností, neexistující nonverbální komunikací a často i amimií. (Bendová, Zikl, 2011, s. 15)

Tito jedinci jsou limitováni natolik, že nejsou schopni rozeznat blízké osoby, verbálně nekomunikují, vydávají pouze skřeky a bývají zpravidla inkontinentní. Vyskytují se u nich stereotypní pohyby. Osoby s hlubokou mentální retardací mohou být dále zatíženy přidruženými onemocněními, například epilepsií, somatickými

poruchami a poruchami centrální nervové soustavy. Většina osob z této kategorie je imobilní či výrazně pohybově omezena. Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., (2008) uvádí, že lidé s hlubokou mentální retardací tvoří 5% z celkového počtu jedinců s mentální retardací. Černá (2015) shledává u těchto jedinců částečný vývoj pouze v oblasti motoriky a uvádí nutnost stálého dohledu a péče. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou výrazně limitovány.

## 2.5 Socializace jedinců s mentálním postižením v rodině

*„Socializaci lze chápat jako proces neustálého celkového zespolečňování člověka – jako proces osvojování si potřebného společenského chování vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí“ (Valenta, Müller, 2003, s. 233).*

Proces socializace rozvíjí osobnost, přispívá k osvojování si specificky lidských variant chování a prožívání. Jedinci s mentálním postižením přijímají určitý systém hodnot, norem, rolí, způsobů komunikace a autoregulace. Utváří se jejich vztahy k druhým lidem, skupinám i společnosti jako celku. Úspěšné vřazení osob s mentálním postižením do společnosti ovlivňují vnitřní a vnější faktory (Valenta, Müller, 2004). Vnitřními faktory jsou primární a sekundární deficity. Primární deficit představuje celkovou subnormální inteligenci, sekundárním deficitem může být např. případná deprivace jedince, nedostatečné učení, zvláštnosti ve vývoji, motivační struktura osobnosti a jiné zvláštnosti. Výsledek v zařazování jedince s mentálním postižením se tedy odvíjí od toho, jakým způsobem a s jakým efektem budou tyto vnitřní faktory formovány. Důležité jsou i vlivy vnější, které jedinci s mentálním postižením umožňují vést „normální“ život a provozování nejrůznějších aktivit.

Vágnerová (2003) uvádí příčiny poruch socializace u postižených dětí:

- nevhodné působení společnosti, především samotné rodiny, která je nejdůležitějším činitelem socializace
- nedostatečné psychické a somatické dispozice jedince

Valenta a Müller (2004) vidí podmínky ke kvalitní socializaci jedinců s mentálním postižením v těchto oblastech:

- společenské podpoře rodin, ve kterých vyrůstá potomek s mentálním postižením
- zajištění případné náhradní či ústavní péče, je-li to potřeba
- nutnosti zajistit optimální celoživotní výchovu a vzdělávání
- podpoře profesní přípravy
- umožnění smysluplných činností a uplatnění na trhu práce
- umožnění samostatného bydlení, pokud je to možné

Důležitý faktor je také minimalizace překážek ze strany společnosti, které mohou být různého charakteru. Mohou souviset se stigmatizujícím postojem společnosti k jedincům s mentálním postižením. Mezi překážky, které mají vliv na socializaci jedince s mentálním postižením, patří omezený rozvoj komunikačních schopností, který se projeví ve schopnosti porozumění i schopnosti přiměřeného verbálního vyjadřování. Rodinné prostředí jako základní činitel socializace výrazně ovlivňuje socializační vývoj jedince s mentálním postižením.

Vágnerová (2003) uvádí charakteristiky, které v procesu socializace poskytuje rodina:

- předávání hodnot a cílů
- různé projevy chování a sociální interakce
- porozumění a osvojování jednotlivých sociálních rolí
- osvojení norem chování a autoregulace
- vytváření vztahů a vazeb k lidem, skupinám, společnosti

V rodině potomek získává určité sociální role, např. roli dítěte, sourozence, syna či dcery. Dítě s mentálním postižením má navíc roli jiného a abnormálního dítěte, která je propojena s postoji a očekáváními rodiny vůči němu. Ne vždy dovede dítě s mentálním postižením jednotlivé role diferencovat. (Vágnerová, 2003)

*„Rodiče postiženého dítěte mnohdy jeho chování velmi málo regulují a nerozvíjejí ani ty formy chování, které by mohlo zvládnout“* (Vágnerová 2003, 3. část, s. 31).

Matky často ke svému dítěti s mentálním postižením zaujímají ochranný postoj. Konají tak z důvodů ochrany dítěte před nebezpečím. Vědomě nebo nevědomě dítě izolují od širšího sociálního okolí a brání jim tak v osamostatnění se.

### **2.5.1 Terapeuticko-formativní přístupy využitelné u osob s mentálním postižením**

Edukativními a terapeutickými přístupy k osobám s mentálním postižením či jinou duševní poruchou se zabývá obor psychopedie. Terapeuticko-formativní přístupy korespondují s výchovně vzdělávacím procesem jedinců s mentálním postižením. Při psychoterapiích se využívá terapeutických vlivů, které se projeví v oblasti psychické a formativního působení, ovlivňujícího především chování. U jedinců s mentálním postižením se též uplatní pracovní, herní či umělecké aktivity. (Valenta, Müller, 2003)

Kozáková (2005) uvádí, že se v psychopedických zařízeních nejčastěji využívá arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, zooterapie (hipoterapie a canisterapie). Zároveň klade velký důraz na odborné vzdělání samotných terapeutů, kteří se na realizaci terapeuticko-formativních postupů podílejí.

Valenta, Müller (2003) zdůrazňují, že psychoterapie jako taková by neměla být u jedinců s mentálním postižením přirozenou součástí pedagogických procesů, ale je vhodné, v rámci edukačního procesu, využívat tzv. prvků terapií či terapeuticko-formativních přístupů. Aplikují se prvky herní, činnostní či pracovní terapie, prvky psychomotorické terapie, expresivní terapie (arteterapie), prvky bibliografie, dramaterapie, muzikoterapie a terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie). Problémem je však mnohdy nedostatek časového prostoru k realizaci terapií.

Výše uvedené terapie a jejich prvky mají uplatnění především u jedinců s lehkým mentálním postižením v produktivní i receptivní formě. U jedinců se středně těžkou mentální retardací je třeba již modifikovat způsob realizace těchto terapií, či využívat alternativních prvků k expresi sdělení. Pro děti a žáky s těžkou a hlubokou mentální retardací jsou nabízeny především formy alternativních terapií, například v podobě bazální stimulace či využití snoezelenu. (Bendová, Zikl, 2011)

Müller (2014) se domnívá, že u jedinců s mentálním postižením jsou vhodné a přínosné zejména terapie vycházející z behaviorálních psychoterapeutických modelů. Dochází ke zlepšování komunikačních dovedností, schopnosti zaujmout společenskou roli, aktivizaci a vytváření žádoucích vzorců chování.

Valenta (2001) u jedinců s mentálním postižením spatřuje přínos v arteterapii, kde hlavním cílem je reedukace, resocializace, integrace osobnosti, odblokování



komunikace, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle, rozvoj kreativity a nácvik empatie. Dále jsou vhodné tělesně hmatové techniky, které zprostředkují silný emotivní zážitek.

Valenta, Müller (2003) uvádí: „*Společným cílem všech terapeuticko-formativních přístupů, respektive jejich prvků, jež jsou využívány v rámci edukačního procesu dětí s mentálním postižením, je pozitivní ovlivnění jejich emočního prožívání a jejich chování individuálně a společensky přijatelným směrem.*” (Bendová, Zikl, 2011, s. 102)

Aplikace terapeuticko-formativních prvků, respektive jejich prvků do edukace je integračním/inkluzivním prostředkem. V praxi přináší nové způsoby komunikace mezi žáky intaktními a žáky s mentálním postižením, prostor k sebevyjádření, snížení psychického napětí, navození důvěry, kooperaci a eliminuje předsudky. Dochází k modifikaci vztahů mezi intaktními žáky a jejich spolužáky s mentálním postižením. (Bendová, Zikl, 2011)

## **Terapie hrou**

Terapie hrou spočívá v systematické, cílevědomé a záměrné aplikaci herních prvků do edukačního procesu jedinců s mentálním postižením. Zpravidla je realizována na dětských klinikách a v nemocnicích. Prostor pro herní terapii lze však vytvořit i ve školském prostředí. Terapeut, tzv. herní specialista aktivně vede dítě s mentálním postižením, přičemž cíleně využívá hru jako nástroj k navázání terapeutického vztahu. Nezbytné je respektování a zohledňování specifik jedinců s mentálním postižením v oblasti psychomotoriky a vnímání. Důraz je kladen na zvýšenou motivaci pro veškeré činnosti. (Valenta, 2017)

## **Činnostní terapie**

Činnostní terapie je založena na manipulaci s materiálním okolím. Účelem je změna chování, myšlení a emocí jedince s mentálním postižením. Terapeut, ve školním prostředí, učitel, dítě s mentálním postižením pozoruje v běžných životních situacích, přičemž si všímá, jak zvládá jednotlivé úkony, jak řeší vzniklé praktické problémy,

nové situace, vyrovnává se zátěží, jak komunikuje a kooperuje s okolím, a jak přijímá úspěch či neúspěch. Činnostních a pracovně terapeutických cílů je dosahováno pomocí rukodělných prací a nácvikem činností pro praktický život. V praxi škol integrujících žáky s mentálním postižením se uplatňují prvky pracovní terapie – ergoterapie. (Bendová, Zíkl, 2011)

### **Psychomotorická terapie**

Psychomotorická terapie tkví ve “výchově pohybem”. Aplikuje se především v rámci tělesné výchovy ve školách, ale je i součástí volnočasových aktivit jedinců s mentálním postižením. Veškeré metody a techniky vychází z vlastní tělesné aktivity jedinců s mentálním postižením. Řadíme sem tanec – taneční terapii, relaxaci, autogenní trénink, pohybové hry, psychogymnastiku, pantomimu, léčebnou eurytmii Rudolfa Steinera či metody pohybového rozvoje Veroniky Sherborne. (Valenta, Müller, 2003)

### **Expresivní terapie**

Expresivní terapie představuje cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků. Využívá se prostředků dramatického umění, to znamená inscenační prostor, improvizální hra v roli, pohybové a výrazové prostředky, symbolická gesta apod. Hovoříme o dramaterapii, teatroterapii a psychodramatu.

### **Muzikoterapie**

Muzikoterapie využívá základních prvků hudebního umění, to znamená rytmu, melodie, harmonie, zvukové barvy, druhů taktu a jiné. V praxi se aplikuje forma produktivní (aktivní) muzikoterapie v podobě vokální (zpěvu), řečové (rytmizace), instrumentální (hra na tělo, využití Orffova instrumentáře), pohybové (hudebně-pohybové hry), dramatické (pantomima, dramatizace) a výtvarné (například muzikomalby). Poslechová (receptivní) muzikoterapie pracuje i s živou či reprodukcí hudbou.

Pro jedince s mentálním postižením je efektivní využívat práce s malou uzavřenou skupinou, v počtu od tří do osmi žáků. Vedou-li se o průběhu muzikoterapie v edukačním procesu záznamy a je-li vypracován terapeutický plán, má to pro jedince s mentálním postižením nezanedbatelný význam. V edukační praxi je však prostor pouze pro prvky muzikoterapie. Učitelé hudební výchovy na základních školách by měli mít alespoň základní povědomí o možnostech aplikace prvků muzikoterapie do praxe. (Lečbych, 2013)

### **Biblioterapie (poetoterapie)**

Biblioterapie se zaměřuje na literární umění. Má funkci informační, výchovnou, konfrontační, estetickou, popřípadě i katarzní, identifikační, relaxační či prestižní. Využívá se při ní vybrané literatury, tvořivého psaní, filmu spolu s diskusí řízenou terapeutem. U jedinců s mentálním postižením má biblioterapie smysl i v oblasti čtení a psaní. Jako efektivní se osvědčil zejména film, který je doprovázen mluveným slovem, čímž dochází k zapojení zrakového i sluchového analyzátoru a následně snadnějšímu pochopení prezentovaného. (Bubeníčková, 2017)

### **Arteterapie**

Arteterapie patří u osob s mentálním postižením mezi nejvyužívanější expresivní terapie. Pozitivně ovlivňují jedince po stránce psychické, jejich dojmy, pocity a nálady. Patří mezi formy psychoterapie. Hlavním cílem u této cílové skupiny je kompenzace intelektového deficitu, poznávacích funkcí a pochopení jevů v souvislostech. Prostřednictvím arteterapie dochází k reedukaci psychické tenze, uvolnění kreativity, odblokování komunikačních kanálů, relaxaci, odreagování se a uvolnění, což vede k socializaci osobnosti jedince s mentálním postižením, nácviku sebereflexe, sebeovládání a vůli. (Klivar, 2002) Pro jedince s mentálním postižením jsou přínosné především tělesně orientované techniky, které využívají hmatového vnímání.

Valenta, Müller (2003) zdůrazňují potřebu zaměřit se na rozlišování barev, tvarů, zvuků, tónů, vůní a chutí. Pro výše zmíněnou cílovou skupinu se při

činnostech pracuje s rozmanitými pomůckami, jakými jsou tužky, pastelky, štětce, dřívka, fixy, křídly, suché pastely, vodové, temperové, akrylové a prstové barvy, tuš, stuhy, látky, různé druhy papírů, kartony, fólie, lepenky, sklo, textilie, keramická hlína, modelína, modurit, různé druhy těsta, přírodní materiály, plastové lahve atd. Prvky arteterapie jsou aplikovatelné v hodinách výtvarné výchovy. Efektivnější se ale jeví spíše tzv. Artefiletika. Slavíková, Slavík, Eliášová (2007) definuje artefiletiku následovně: „*Artefiletika je reflektivní tvořivé a zážitkové pojetí vzdělávání, které vychází z umění a expresivních kulturních projevů (výtvarných, dramatických, hudebních apod.) a směřuje k poznávání i sebepoznávání prostřednictvím reflektivního dialogu o zážitcích z expresivní tvorby nebo vnímání umění.*” (Bendová, Zíkl, 2011, s. 109) Cílem artefiletiky je pomoci této cílové skupině nalézt své možnosti a meze, přispět k osobnímu růstu a uvědomit si životní smysl.

### **Terapie s účastí zvířete**

Tzv. zooterapie či animoterapie spočívá ve využití terapeutického vlivu zvířete na jedince s mentálním postižením. Pozitivní vliv má především působení koní (hiporehabilitace), psů (canisterapie), koček (felinoterapie) a dalších domácích zvířat – králíků, ovcí, koz atd. (Müller, 2013)

### **Hiporehabilitace**

Kůň a jeho pohyb pozitivně ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku člověka. Dělí se na hipoterapii, což je obor lékařství a pedagogicko-psychologické ježdění a sportovní a rekreační ježdění. Smyslem je budování důvěry k lidem, sebepoznávání, ovlivnění sebehodnocení a překonávání překážek. Jízda na koni a péče o něj je dětem s mentálním postižením přínosná především v oblasti emocionálního uspokojení a naplnění. (Müller, 2013)

## **Canisterapie**

Canisterapie je psychoterapie, zaměřující se na působení psa na psychiku jedince. Má sociální a emocionální efekt, dochází ke zlepšení zdravotního stavu dítěte s mentálním postižením. Nejvíce používanými formami je mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Snahou je maximalizace prožitku. Pro tuto cílovou skupinu je stěžejní zejména polohování, stimulace a snaha o uvolnění svalového napětí. Pes je pro jedince s mentálním postižením silným aktivizačním a motivačním prvkem. (Karásková, Krausová, 2004)

## **Felinoterapie**

Felinoterapie pracuje s interakcí mezi jedincem s mentálním postižením a kočkou. Přítomnost kočky vede k navození libých emočních prožitků. Péče o kočku je klíčová pro oblast rozvoje jemné a hrubé motoriky, koordinace pohybů, rozvoji komunikačních schopností. V neposlední řadě je důležité posilování pocitu odpovědnosti v souvislosti s péčí o zvíře. Využívá se přirozené hravosti koček. V edukační praxi je felinoterapie méně častá. (Bendová, Zikl, 2011)

### **2.5.2 Další podpůrné pedagogické a rehabilitační metody v edukaci jedinců s mentálním postižením**

Podpora edukace jedinců s mentálním postižením zahrnuje i další pedagogické metody. Řadíme sem snoezelen, alternativní a augmentativní metody komunikace, míčkování, metodu bazální stimulace. Z rehabilitačních metod se jedná například o polohování, Bobath koncept, orofaciální regulační terapie. (Bendová, Zikl, 2011)

#### **Snoezelen**

Snoezelen je multisenzorická místnost, prostředí sloužící ke smyslové stimulaci a aktivaci psychomotorických funkcí této cílové skupiny. Nabízí ale také prostor pro relaxaci. Snoezelen je využíván na základních školách speciálních nebo v dětských

rehabilitačních stacionářích, kam mohou děti s mentálním postižením docházet. Terapie v prostředí snoezelen bývá zařazena do individuálního vzdělávacího plánu této cílové skupiny jako podpůrná terapie. (Valenta, Müller, 2003)

### **Bazální stimulace**

Autorem bazální stimulace je německý speciální pedagog Andreas Frölich. Cílem je zprostředkovat jedincům s těžkým mentálním a kombinovaným postižením podněty z okolí. Tento koncept využívá somatických, vibračních a vestibulárních stimulujících vjemů. Nejdůležitějším prvkem bazální stimulace je smyslová zkušenost, pohyb a komunikace. Orální, čichové a chuťové, akustické, taktilně-haptické a vizuální podněty. (Zikl, 2014)

### **Polohování**

Polohování optimalizuje edukační proces žáků s mentálním nebo kombinovaným postižením. Snahou je zajištění vhodné polohy při práci u speciálního stolu, u PC, ve vertikalizačním stojanu či polohovacím vaku. Polohování má i funkci relaxační. Má preventivní charakter. Je neoddělitelnou součástí pedagogické intervence o žáky s mentálním a kombinovaným postižením. (Zikl, 2014)

### **Koncept Castillo Morales**

Jedná se o neurofyziologický koncept, jehož autorem je rehabilitační lékař Rodolpho Castillo -Morales. Je využitelný zejména u osob se svalovou hypotonií, například u jedinců s Downovým syndromem. Koncept staví na pěti klíčových bodech, kterými jsou pohyb, funkce, komunikace, senzomotorický vývoj a aktivita. Pracuje se s dotykem, hlazením, tahem, tlakem a vibracemi. (Hájková, 2009)

### **Bobath koncept**

Bobath koncept je v praxi využíván u jedinců s poruchou hybnosti, kombinovaným postižením nebo dětskou mozkovou obrnou. Vychází z ontogenetického vývoje. Snahou je inhibovat patologické hybné a posturální vzorce a spasticitu a facilitovat

normální pohybové a posturální vzorce. Do praxe školských zařízení jsou zařazovány prvky Bobath konceptu, zpravidla na základě instruktáže učitelk, popřípadě asistentů pedagoga rodiči, kteří s dítětem s mentálním či kombinovaným postižením „pracují“ v domácím prostředí. (Hájková, 2009)

### 3 RODINNÉ PROSTŘEDÍ DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE ŠKOLNÍM VĚKU

Rodinné prostředí, ve kterém jedinec s mentálním postižením vyrůstá a podpora, které se mu dostává, sehrávají důležitou roli. Rodina má vliv na psychický vývoj dítěte, tudíž i na školní prospěch. Ne všichni rodiče jsou schopni adekvátně rozvíjet své děti, například rodiče s velmi nízkou sociokulturní úrovní. (Vágnerová, Hadj Moussová, 2003)

Mnozí rodiče jsou příliš ambiciózní, nekritičtí, zanedbávající, či dokonce lhostejní ke svým dětem. Někteří nemají o své potomky zájem.

Langmeier, Balcar a Špitz (2000) rodinu vymezují jako nejvýznamnější socializační prostředí, které člověku poskytuje první zkušenosti ze vztahu k lidem, pomáhá mu navazovat diferencovanější vztahy k blízkým

Sobotková (2009) rodinu vymezuje takto: „*Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob.*“ (Lečbych, 2008, s. 64)

Kübler - Rossová popisuje obecně známá stadia smířování se s postižením vlastního dítěte. „*Fáze šoku a popření, fáze postupného vyrovnávání a aktivace obranných mechanismů, fáze smlouvání a fáze přijetí skutečnosti.*“ (Lečbych, 2008, s. 65)

Hovoříme-li o dětech staršího školního věku, pak lze realisticky předpokládat, že se rodiče nacházejí v poslední fázi tohoto procesu, jsou do značné míry s postižením smířeni. Pokud však v průběhu prvních let k akceptaci potomka s mentálním postižením nedojde, nastávají reakce, které zmiňuje Prevendárová (1998). Samotní rodiče trpí řadou psychických těžkostí, depresemi, nervozitou a pocitem neustálého napětí, což často může vyústit až v rozpad manželství, popřípadě vést k rizikovému chování rodičů. Zejména k alkoholismu a k suicidálním tendencím. Neakceptace dítěte se projeví i v nevhodných výchovných stylech. Např. nadměrně starostlivá (hyperprotektivní) výchova, schovívavá liberální, rigorózní či autokratická výchova nebo zanedbávající a zavrhuující. (Lečbych, 2008, s. 65)

Pravděpodobným rizikem je, že se péče o postižené dítě pro matku stane jedinou náplní jejího života. Rezignuje na všechny své ostatní sociální role, stane se pouze



pečovatelkou a s touto rolí se plně identifikuje. U těchto matek výzkumy Honga a Sheltzera (1997) potvrdily větší sklon k depresím. (Lečbých, 2008, s. 65-66)

I když se rodiče na postižení dítěte adaptují, zaujmou k němu zralý postoj, povzbuzují ho, vymezují mu jasné hranice a kladou na něj přiměřené požadavky, dospívání člověka s mentálním postižením je pro ně subjektivně vnímané jako problematické.

Prevendárová (1998) stojí v opozici tohoto tvrzení, nespatřuje rozdíl v kvantitativním posuzování míry těžkostí mezi rodiči, kteří vychovávají dítě s postižením a rodiči intaktních dospívajících dětí. Těžkosti vznikají spíše se samotným dospíváním než s mentální retardací. K souhlasnému stanovisku ve svém výzkumu dospěla i Zimová (2007).

*„Rozdíly jsou však kvalitativního charakteru. Rodiče dětí s mentální retardací řeší jiné typy problémů, ale míru jejich náročnosti vnímají celkově stejnou jako rodiče, kteří řeší problémy s dospívajícím potomkem bez mentální retardace.“* (Lečbých, 2008, s. 66)

Navzdory výzkumu Prevendárové (1998) i Zimové (2007) jistý rozdíl v kvantitativním vnímání životní spokojenosti nebo míry zátěže při porovnávání rodin s dítětem s mentální retardací a bez mentální retardace shledal Abbeduto a kol. (2004), který se zaměřil na matky adolescentních dětí s Downovým syndromem, syndromem FRAX a autismem. Abbeduto a kol (2004) zjistil, že matky dětí s Downovým syndromem jsou ve větší psychické pohodě než matky dětí s FRAX syndromem, ale tyto matky zase vykazují větší míru spokojenosti než matky dětí s autismem, které bojují s velice problematickým chováním svých dětí.

Blum (2005) uvádí, že rodiče dětí s postižením musí řešit náročnou situaci s odchodem svých dětí s postižením ze školy, otázky přesunu dětí do zaměstnání, řeší pro ně určitou formu samostatného bydlení a zdravotnickou péči. Zároveň zdůrazňuje nutnost včasné přípravy a plánování budoucího způsobu života svých dětí s mentální retardací, aby rodiče nebyli zaskočeni a nenastala rodinná krize. (Lečbých, 2008)

### 3.1 Role rodiny ve výchově a vzdělávání dítěte s mentálním postižením

Rodina, v níž je dítě s mentálním postižením, často čelí svízelné finanční situaci, rodiče trpí nedostatkem volného času, musí se naučit spolupracovat s odborníky a umět přijmout pomoc a žádat sociální podporu, což znamená orientovat se v systému sociálních služeb a do jisté míry se stát sami odborníky na postižení svého dítěte. (Lečbych, 2008)

Rodiče se ocitají také v roli „prosebníka“, musí žádat o příspěvek na péči, naučit se orientovat v systému sociálních služeb. Jsou v roli specialistů na své děti, stávají se odborníky na určitý typ postižení, jsou z nich „hledací“ terapií, lékařů a zařízení pro své dítě. (Bazalová, 2014)

Mentální retardace, jako diagnóza, mnohem více zasáhne rodinu než dítě samotné. Obecně platí, čím vyšší stupeň mentální retardace dítě má, tím méně si svůj stav uvědomuje. Je spokojené, v jakési nevědomosti. Naopak rodiče jsou ti, kteří musí překonávat pocity hořkosti, často nepříjemné reakce okolí, bojovat a prát se s osudem. (Levinson, 1967)

Černá (2015) spatřuje nejvýraznější stresové období rodičů v začátku povinné školní docházky jejich potomků. Rodiče jsou konfrontováni s projevy mentálního postižení. V rodinném systému je napětí, stres.

Vágnerová (2008, s. 308) se přiklání k tvrzení, že snahou rodičů by mělo být, aby se jejich děti s mentálním postižením postupně adaptovaly i na jiné prostředí, než je vlastní rodina. K rozvoji samostatnosti a směřování k přijatelnému chování vede systematická výuka jedinců s mentálním postižením, ať už se jedná o jejich zařazení do školy nebo speciálně pedagogického zařízení, například stacionáře. Rodiče však musí uvážit stupeň postižení svého potomka, míru využitelnosti zachovaných schopností a typické jeho vlastnosti osobnosti. I dítě s mentálním postižením si může uvědomovat svou jinakost a prožívat ji jako zátěž.

Miler (2005) se přiklání k tvrzení, že základem a klíčem k úspěšnému porozumění individuálním potřebám dětí s mentálním postižením je pochopení jejich jinakosti, odhalení jejich osobnostního potenciálu a poznání jejich životní filosofie.

(*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2005, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720)

Rodiče se musí vypořádat i se sexuální potřebou svých dětí s mentálním postižením. Dospívání vývoj jejich dětí ovlivňuje mnohem více biologicky než psychosociálně. Tito jedinci si se svou novou sexuální potřebou neví rady, nemají příležitost, jak ji uspokojit, proto často bývá saturována autostimulací, obnažováním na veřejnosti či masturbací na veřejnosti. Sexuální agresivita může být směřována i na členy rodiny. Problémem jsou často incestní styky, zneužívání těchto dětí či jakákoliv negativní manipulace s nimi. (Vágnerová, 2008)

Rodina dítěte s mentálním postižením hraje důležitou roli i ve školním věku. Jedinci s mentálním postižením potřebují rodinné zázemí, intenzivnější výchovnou péči a pomoc při vzdělávání mnohem větší než intaktní mladší vrstevníci. Výchova je pracná a náročná, vědomosti, dovednosti a návyky se vytváří velmi pomalu, děti jsou nesamostatné, vyžadují neustálý dohled, neumějí se sami zaměstnat ani zabavit. Ze strany rodičů péče o ně vyžaduje nesmírnou trpělivost. Jedině rodiče pak dokážou ocenit sebemenší pokrok dítěte směřující k osamostatnění se, tedy zvládnutí základních sebeobslužných činností, orientaci v každodenním životě či schopnost komunikace s ostatními lidmi. Někdy se naučí i dovednostem, vyšívání, pletení, tvoření z keramické hlíny apod.

Rodina má významnou roli i v dospělém věku svých potomků s mentálním postižením. Jedinci s lehčím stupněm mentálního postižení se většinou zapojí do pracovního procesu, ale v rodině mají i nadále své útočiště. Jedinci s těžkým postižením, o které rodiče nemohou pečovat, jsou umístováni v zařízeních sociální péče, kam za nimi rodiče dle svých možností dochází a udržují se svými „velkými dětmi“ pravidelný kontakt. (Švarcová, 2006)

### **3.1.1 Podpora dítěte s mentálním postižením v jeho osobnostním rozvoji, soběstačnosti a sebeuplatnění**

Wolfensberger (1975) poukázal na souvislost negativních předsudků s kvantitou a kvalitou životních příležitostí jedinců s mentálním postižením. Negativní předsudky mají kořeny již v odborně vědeckých mýtech. *„Oborníci aktivně podporují představy veřejnosti o retardovaných jako o lidech nebezpečných,*

*nemorálních a subhumánních. Společně s poskytovateli služeb byli často nejtvrďšími zastánci povinné sterilizace, restriktivní imigrační politiky a školní segregace.“*  
(Šiška, J., 2005, s. 16)

Vnímání sociální role osob s mentálním postižením:

### **Sub-humánní bytost**

Eduard Seguin považoval vzdělávání idiotů za prostředek k jejich osvobození z animálního stádia.

### **Neposkvrněný hříchem**

Ti, kteří se nedopustili hříchu, mají vztah k božstvu jako kompenzaci jejich postižení.

### **Nemocný**

Dříve převažoval pohled medicínský. Jedinci s mentálním postižením byli umístováni v léčebnách a nemocnicích, kde prožili celý svůj život.

### **Věčné dítě**

Jedná se o nejzakořenější percepci. V podstatě brání lidem s mentálním postižením dospět. Typickým příkladem infantilizace dospělého jedince s mentálním postižením je dětská dekorace v jeho pokoji.

### **Objekt posměchu**

Z historického hlediska vyplývá, že byli jedinci s mentálním postižením využíváni k obveselení veřejnosti. Jednalo se o tzv. vysmívání se těmto jedincům.

### **Objekt lítosti a záležitost charity**

Tito lidé vzbuzují bezesporu lítost a potřebují charitativní péči.

### **Nebezpečí/postrach veřejnosti**

Jedinci s mentálním postižením veřejností nejsou často pozitivně přijati.  
(Šiška, 2005) Problémem rodičů dětí s mentálním postižením je často jejich

přespřílišné opatrování, střežení a tím doslova bránění v postupu ve vývoji. Neumějí se na své syny či dcery s mentálním postižením dívat jako na dospělé osoby a podporovat je v jejich svébytnosti. Stále se starají o „dítě“, aniž by si všimli, že již nastal čas respektovat jejich přání a brát větší zřetel na to, co chtějí oni samy. (Pörtner, 2009)

### **3.1.2 Sociální služby**

Zákon o sociálních službách, Zákon č. 108/2006 Sb., §2 uvádí: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“*

Lidé s mentálním postižením mohou využít zejména služeb osobní asistence, podporovaného zaměstnávání, chráněného zaměstnávání, podpory samostatného bydlení, či center denních služeb.

### **3.1.3 Služby pro rodiče dětí s mentálním postižením**

Mezi nejvíce využitelné služby pro rodiče dětí s mentálním postižením patří zejména odborné sociální poradenství a odlehčovací služby.

#### **Poradenství**

Poradci rodičům radí v mnoha oblastech, například jim sdělují možnosti příspěvků, jakými jsou, invalidní důchod, příspěvek na péči, průkazky ZTP a ZTP/P a jiné. Příspěvek na péči je primárně určen na zajištění potřebných služeb, které si jedinec nebo jeho rodina zaplatí. Může být použit třeba na službu osobní asistence, pobyt jedince ve stacionáři či na pobytovou službu. Jsou-li veškeré potřeby jedince

zajišťovány například matkou, poté zůstává příspěvek na péči v rodině. (Bendová, Zikl, 2011) Dále nabízí doprovod na úřad, pomoc s plánováním sociálních služeb, rady ohledně svéprávnosti, a podobně. Poradenství je ze zákona poskytováno zdarma.

### **Odlehčovací (respitní) služby**

Odlehčovací služby jsou určeny rodičům dětí a dospělých jedinců s mentálním postižením, kteří o ně pečují v domácím prostředí. Jednou z možností je „pohlídání“ dítěte s postižením asistentem doma, i přes noc, v průběhu několika dní.

Odlehčující služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové.

Služba zahrnuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně
- poskytnutí stravy, pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování v případě pobytové služby
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně-terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Odlehčovací službu poskytují i týdenní stacionáře nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením u sebe na lůžku. Tato služba je využitelná například v případě plánovaného lékařského zákroku nebo za účelem odpočinku rodičů. Služba je placená. Poskytovatel služby přebírá odpovědnost za uspokojování všech potřeb klienta. (Švarcová, 2006)

## Osobní asistence

Osobní asistence je terénní službou, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba není časově omezená. Probíhá v přirozeném prostředí, to znamená doma, ve škole, v zařízení sociálních služeb. Osobní asistent pomáhá jedinci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se sociálním okolím, pomáhá při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Provádí také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služby osobní asistence jsou řízené uživatelem. Jedinci s mentálním postižením většinou však nejsou schopni definovat své vlastní potřeby a organizovat jejich uspokojování jinými osobami, což je důvodem k tomu, že se tato cílová skupina z oblasti péče osobních asistentů vylučuje. Osobní asistent u jedince s mentálním postižením má specifickou roli, a to kompenzovat závažné nedostatky jeho psychiky, která je poškozena natolik, že jedinec dostatečně nekoordinuje ani činnost jeho tělesných orgánů. Práce osobního asistenta u jedinců s mentálním postižením je velmi náročná. *„Osobní asistent by měl být nejen pomocníkem, průvodcem životem, advokátem svého klienta, ale především jeho blízkým člověkem, který s ním bude prožívat jeho život a bude myslet nejenom za něj, ale také s ním a bude to s ním myslet dobře.“* (Švarcová, 2006, s. 173-174)

### 3.2 Plánování budoucnosti dítěte s mentálním postižením v představách rodičů

Rodina je životním prostorem všech svých členů. Není tedy primárně a specificky zaměřena pouze na blaho dítěte s postižením. Rodinní příslušníci jsou na sobě vzájemně velice emocionálně závislí a to jak v pozitivním, tak i v negativním slova smyslu. Řeší-li se v rodině obtížná životní situace, rodiče se obvykle nedokážou distancovat, a postižení svého dítěte se jich dotýká mnohem niterněji a bezprostředněji, nežli je tomu u lidí, kteří se s tím potýkají pouze profesně. (Pörtner, 2009)

Matějček (1992, s. 49-50) uvádí: „*Dítě s postižením neodpovídá rodičovským představám o „normálnosti“ a jsou na jeho osudu velice citově angažováni. Jediným východiskem je přijetí dítěte takového, jaké je, nestydět se za něho, neprotestovat proti tomu, přijmout ho s postižením a souvisejícími zvláštnostmi a neprožívat to jako neštěstí, nýbrž zmobilizovat všechny své síly a chopit se tak své životní výzvy, úkolu.*“ Rodiče na to nemusí zůstat sami. Spojence naleznou v lidech, kteří se s jejich dětmi stýkají profesionálně, v poradenských pracovnících, blízkých osobách, kteří s rodinou sympatizují, rozumí a oceňují snahu rodičů učinit život svého dítěte i svůj co nejvíc „normálním“.



## 4 EDUKACE ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM S PŘESAHEM DO SFÉRY PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ

Období povinné školní docházky je pro rodiče dětí s mentálním postižením velice stresující, čelí projevům korespondujícím s mentálním postižením, a jsou hluboce znepokojeni budoucností, možnostmi dalšího studia a povolání svých dětí. Povinná školní docházka se vztahuje na všechny děti bez výjimky, zahrnuje tedy i děti s mentálním postižením. Žáci se středně těžkou a těžkou mentální retardací, s kombinovaným postižením či autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální až do 26 let.

Právo na vzdělávání je zakotveno v Listině základních práv a svobod, dále v Zákoně o rodině, který zákonným zástupcům ukládá zodpovědnost za vzdělávání. Z legislativního hlediska je vzdělávání dětí s mentálním postižením ukotveno v následujících zákonech a vyhláškách:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který byl ve Sbírce zákonů novelizován pod číslem 101/2017 Sb.

Zákon č. 379/2015 Sb., o pedagogických pracovnících

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. „Dne 8. 12. byla ve Sbírce zákonů publikována vyhláška č. 416/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění vyhlášky č. 270/2017 Sb. (dále jen „druhá novela vyhlášky“). Od 1. 12. dochází na základě první novely (vyhláška č. 270/2017 Sb.) ke změnám v přehledu podpůrných opatření (příloha č. 1 k vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných).“ (<http://www.msmt.cz/dokumenty>) Došlo ke změnám velikosti skupiny, kde může být poskytováno podpůrné opatření v podobě pedagogické intervence (navyšuje se ze 4 žáků na 6). Dále se zavádí podmíněná normovaná finanční náročnost u pedagogické intervence a speciálně pedagogické péče. Školská poradenská zařízení budou nově doporučovat podpůrná opatření s určitými změnami, aby lépe korespondovaly s praxí.

Již od pěti let mohou děti s mentální retardací, postižením více vadami a autismem navštěvovat přípravný stupeň základní školy speciální. Školní vzdělávací

program vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Žáci, po ukončení přípravného stupně, získají osvědčení o absolvování. Poté jsou zařazeni do nejvhodnější formy vzdělávání – individuální integrace, skupinové integrace nebo pokračují v základní škole speciální. (Kozáková, 2013)

Spolu s koncem školní docházky a vstupem do dospělého života dětí s postižením se jejich rodiče zpravidla snaží vzdělávání svých potomků prodloužit co nejdéle, a poté začnou přemýšlet, co dál. Hlavu si lámou s hledáním adekvátního zaměstnání, což je poměrně obtížné, nikoliv však nemožné. Získání odpovídající práce je důležité nejen z hlediska finančního, ale je to zároveň velká motivace pro učení se novým věcem, o něco se snažit a přirozený prostředek, jakým způsobem se zařadit do společnosti. (Finková, 2014)

U žáků s lehkým, případně středně těžkým mentálním postižením je klíčové pracovní vyučování, prostřednictvím něhož získávají základní pracovní vědomosti, manuální i intelektové pracovní dovednosti a návyky a je jedním z nejdůležitějších prostředků další profesionální orientace. Plní ale také speciální úkoly v oblasti reedukace a kompenzace deficitních schopností, například zmírňuje motorické obtíže, zdokonaluje kognitivní funkce, stimuluje řeč a myšlení, prostorovou orientaci, rozvíjí komunikační dovednosti a rozvíjí kreativitu. Významu nabývá i v oblasti sociální rehabilitace a plní úkoly diagnostické.

Obsah výuky tvoří cvičení manuálních dovedností. V praxi je mnohdy opomíjen trénink intelektových dovedností, nutných k pracovní činnosti. Nezbytný je systematický nácvik intelektových dovedností a řídicí vliv učitele v hodinách pracovního vyučování. (Ludíková a kol., 2010)

#### **4.1 Osobnostně-strukturální specifika žáků v edukaci**

V edukaci jedinců s mentálním postižením se projevuje motivační nevyhraněnost, kdy žák není schopen diferencovat hlavní a vedlejší motivy. Motivace žáků s mentálním postižením má vzrůstající tendenci, pokud je cílem jejich snahy výrobek, který je prakticky upotřebitelný. Motivace je dále ovlivněna společenskou důležitostí úkolu. U mladších žáků jsou společenskými důležitými úkoly například uklidové a pomocné práce a u starších žáků pak především výroba pomůcek pro nižší

ročníky, výroba hraček, vánočních ozdob apod. Nejprokazatelnější motivací je očekávané hodnocení. Žáci však nesmí být časově omezováni, dopouštějí se pak chyb. Žádoucí je zaměření na kvalitu výrobku. „*Výrazným specifíkem myšlení žáků s mentálním postižením je jeho nedůslednost a slabá řídicí funkce, což má svoje příčiny ve zvláštnosti myšlenkových operací.*“ (Ludíková a kol., 2010, s. 113) Slabá řídicí funkce myšlení žáků se promítá do plánování jejich pracovní činnosti. Plní úkoly bez analýzy a orientace v problému, neumí si sestavit plán a pracovat dle technologického postupu. U žáků s mentálním postižením je nezbytné cílevědomé a soustavné cvičení schopnosti zpětné vazby.

#### **4.2 Didaktické zásady využívané při edukaci žáků s mentálním postižením**

Při edukaci s žáky s lehkým mentálním postižením je zapotřebí dodržovat jisté zásady a metody práce. „*V souvislosti s didaktikou žáků s lehkým mentálním postižením nehovoříme o speciálně pedagogických zásadách, které by se diametrálně lišily od těch standardních, neboť speciálně pedagogické principy a přístupy jsou v nich integrovány, např. požadavek konkretizace výuky a princip multiplicity analyzátorů je obsažen v zásadě názornosti, požadavek hry, soutěživosti a relaxace je součástí zásady přiměřenosti, požadavek úspěšnosti v zásadě uvědomělosti a aktivity žáků apod.*“ (Valenta, Krejčířová, 1997, str. 38)

V hodinách pracovního vyučování je nutné dodržovat didaktické zásady. V první řadě zásadu názornosti, aby žáci přijali zadání nového úkolu. Žáci si vytvoří představu o činnosti. Zásadu uvědomělosti – pochopení pracovního úkolu. Žák s mentálním postižením pracuje uvědoměle jen tehdy, je-li motivován, na rozdíl od intaktního žáka, který nedostatek motivace umí kompenzovat volným úsilím.

Zásada soustavnosti je nezbytná k plynulému a posloupnému osvojování vědomostí, dovedností a návyků. Důležitá je přiměřenost požadavků s ohledem na věk, postižení a individuálních zvláštností daného žáka.

Zásada trvalosti, jejímž prostředkem k naplnění je samostatná práce a časté opakování učiva. Naučené vědomosti žáků s mentálním postižením naráží na jejich osobnostní specifika. (Ludíková a kol., 2010)

Valenta a Krejčířová (1997) též vycházejí z pěti výše uvedených zásad:

- zásada názornosti,
- zásada přiměřenosti
- zásada soustavnosti
- zásada trvalosti
- zásada uvědomělosti a aktivity žáků

Mimořádný význam při edukaci žáků s mentálním postižením má osobnost učitele, který musí využívat nejen svých pedagogických dovedností, ale musí být vybaven mimořádnou mírou trpělivosti a empatií. Švarcová (Ludíková a kol., 2010)

### **4.3 Další vzdělávání a možnosti předprofesní a profesní přípravy mládeže s mentálním postižením**

#### **Další vzdělávání žáků s mentálním postižením**

Žáci, s mentálním postižením, kteří mají již ukončené vzdělávání v základní škole speciální, se mohou dále vzdělávat. Možnosti vzdělávání mají v podobě individuálního doučování, kurzů k doplnění vzdělání či vzdělávacích kurzů apod. Dále v rámci podporovaného zaměstnání a tranzitních programů. Mohou se také vzdělávat v denních a týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením apod. Možnostmi dalšího vzdělávání a profesního uplatnění se zabývají speciálně pedagogická centra, která jedincům s mentálním postižením a jejich rodinám poskytuje poradenský servis v této oblasti. (více viz kap. 3.4)

#### **Předprofesní příprava žáků se středně těžkým mentálním postižením**

Předprofesní přípravu lze vymezit jako cílenou přípravu žáků na budoucí povolání ve výchovně vzdělávacím procesu. Proto je nezbytné vybavit žáky potřebnými kompetencemi pro to, aby je dokázali v co největší míře využít, pochopit některé souvislosti mezi přípravou a požadavky spojené s výkonem profese včetně

uplatnění vlastních osobnostních předpokladů (srov. Zapletalová, J. Vaňková, H. 2006; Opatřilová, D., Procházková, L. 2011).

Předprofesní přípravu lze v rámci edukace žáků s mentálním postižením zařadit v 9. a 10. ročníku základní školy speciální. Zařazení předprofesní přípravy závisí na možnostech školy a individuálních schopnostech žáků. S přibývajícím počtem žáků s mentálním postižením se rozšířila i nabídka vhodných učebních oborů pro tyto jedince, kteří nemají předpoklady pro absolvování studia na středních školách s maturitou. (Opatřilová, D., Procházková, L. 2011).

U absolventů základní školy speciální by měla být v dalším vzdělávání zohledněna potřeba seberealizace v pracovních činnostech dle jejich individuálních možností, schopností a zájmového zaměření.

## **Profesní příprava**

Profesní příprava jedinců s mentálním postižením bývá nejčastěji realizována v praktických školách a na odborných učilištích.

Volba povolání je velice problematická jak pro žáky s mentálním postižením, tak pro jejich rodiče. Pouze minimum osob této cílové skupiny má vyhraněné zájmy, silnou tendenci seberealizace a jasnou představu o tom, co by chtěli dělat. Všichni absolventi povinného devítiletého vzdělávání se mohou ucházet o přijetí na střední školy. To znamená, že úspěšní absolventi základní školy speciální mají možnost nastoupit ke studiu na jakoukoliv střední školu, když splní podmínky k přijetí. (Krejčířová, Kozáková, 2013)

### **4.3.1 Odborná učiliště**

Odborná učiliště poskytují žákům s mentálním postižením široké spektrum možností výběru profesní přípravy, ze kterého si žáci mohou zvolit učební obor dle svých zájmů a možností.

Valenta (2014) uvádí nabízené učební obory pro tuto cílovou skupinu: kovářské práce, kamenické, zednické, zámečnické práce a údržba, papírenské, knihařské a kartonážnické, farmářské, práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních

(provozní a pečovatelské práce), kuchařské, prodavačské, čalounické, pekařské, pečivářské a cukrovinářské práce, řeznické a uzenářské, malířské, lakýrnické a natěračské práce, šití oděvů a prádla, obuvnické práce apod.

Důraz je kladen zejména na předávání praktických dovedností, potřebných pro budoucí profesní uplatnění. Studium na odborném učilišti trvá dva až tři roky a je ukončeno vydáním vysvědčení, nikoliv výučním listem. Osoby s lehkým mentálním postižením mohou svou pracovní činnost vykonávat společensky efektivně, produktivně a bývají často úspěšní. Mohou se uplatnit jako tesaři, zámečníci, malíři pokojů, zedníci, kuchaři, vazači knih apod. (Švarcová, 2006)

#### **4.3.2 Praktická škola s jednoletou přípravou a praktická škola dvouletá**

##### **Praktická škola s jednoletou přípravou**

Je určena především pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení, souběžným postižením více vadami či autismem, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole speciální. Jedná se o přípravu na práci v chráněných dílnách, na pomocné úklidové práce apod.

##### **Praktická škola dvouletá**

Doplňuje a rozšiřuje vzdělání získané v průběhu povinné školní docházky. Tento typ škol navštěvují zpravidla žáci s lehkým a se středně těžkým mentálním postižením. Škola žákům předává základní dovednosti a pracovní návyky. Osvojí si zde také pracovní postupy potřebné a využitelné v každodenním i v pracovním životě. Poskytuje základy odborného vzdělání v oboru a vede k profesnímu uplatnění. (Valenta, 2014)

#### 4.4 Edukace jedince s mentálním postižením v období dospívání a dospělosti

*„Mezitím, co se čekalo na vyléčení idiotů, já zjistil, jak prospěšné je pro ně vzdělávání.“* Edourad Seguin (Šiška, 2005, s. 31)

Jedinci s mentálním postižením potřebují celoživotní podporu v učení a vedení zejména v souvislosti s jejich soběstačností. Pokud se jim vedení nedostává, ztrácí své dovednosti a návyky. Vzdělávání a dosažené vzdělání jako cíl pro ně nabývá skutečné hodnoty, má smysl, o který je třeba usilovat, nejen proto, že pozitivně ovlivňuje sebepojetí a sebedůvěru, ale je pro ně důležitou životní náplní a otevírá jim další možnosti v jejich socializaci. (Šiška, 2005)

Rozdíly mezi obdobími dětského věku a dospělosti jsou patrné v právech, očekávání, sebepojetí, odpovědnosti apod. Období adolescence je obzvláště obtížné ohraničit, osciluje mezi závislostí dospívajícího na dospělých. U jedinců s mentálním postižením je přechod do dospělosti typický řadou zvláštností. Dle Jenkinse (1989) období adolescence pro jedince s mentálním postižením prakticky neexistuje. Jeho život determinuje očekávání, postoje, hodnoty a předsudky společnosti. Parmenter (1985) říká, že rodiče dospívajících s mentálním postižením prožívají potřebu jejich dětí žít mimo domov velmi bolestivě. (Šiška, 2005)

Kritickým obdobím jedince s mentálním postižením je přechod ze školy do zaměstnání, proto je nezbytná podpora jedince právě v tomto období. Jedná se o těžiště strategie celoživotního učení. Jakékoliv zaměstnání dává člověku s mentálním postižením status dospělého a má přínos pro společnost. (Šiška, 2005)

Dospělí lidé s mentálním postižením, kteří mají již ukončené vzdělávání v běžném školském systému, mohou nadále docházet do různých institucí a učit se. Nabízí se jim možnosti vzdělávání v podobě individuálního doučování, kurzů k doplnění vzdělání, vzdělávacích kurzů apod. Vzdělávání může probíhat i v pracovní oblasti, v rámci podporovaného zaměstnání, tranzitních programů apod. V sociální oblasti se mohou celoživotnímu vzdělávání věnovat v rámci denních a týdenních stacionářů, v domovech pro osoby se zdravotním postižením apod. Dále mají možnost vzdělávat se ve večerních školách, mohou absolvovat kurzy pro

získání základního vzdělání nebo základů vzdělání či docházet do aktivačních (aktivizačních) center.

### **Večerní školy**

Večerní školy bývají organizovány neziskovými organizacemi nebo občanskými sdruženími (např. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením). Vzdělávací obsahy vycházejí ze zájmů samotných jedinců s mentálním postižením a dosažené úrovně jejich předchozího vzdělání.

Večerní školy jsou realizovány formou kurzů, jejichž cílem je udržování a uchovávání již získaných vědomostí a dovedností osob s mentálním postižením. Věnují se například rozvíjení komunikačních dovedností, práci s počítačem, opakování učiva, zpravidla v rozsahu základní školy speciální. Ve večerních školách probíhají dále výchovné a umělecké aktivity, hudební výchova, výtvarná, dramatická taneční a tělesná výchova. Některé večerní školy do svých vzdělávacích obsahů zahrnují výuku cizích jazyků. (Švarcová, 2006)

Večerní školy slouží k doplnění a prohloubení vzdělání osob s mentálním postižením. Také jsou vhodnou náplní volného času této cílové skupiny a důležitým socializačním činitelem. Prostřednictvím večerních škol se mohou studenti, osoby s mentálním postižením, vzájemně setkávat, komunikovat a navazovat přátelské vztahy. To je přínosné zejména pro ty jedince s mentálním postižením, kteří žijí se svými rodiči a mnohdy trpí nedostatkem sociálních kontaktů. (Švarcová, 2006)

### **Kurzy pro získání základního vzdělání nebo základů vzdělání**

Kurz pro získání základního vzdělání může být organizován základní školou speciální či střední školou. Trvá nejdéle jeden rok a je ukončen zkouškou, jejíž požadavky jsou v souladu s požadovanými výstupy v příslušném rámcovém vzdělávacím programu. Přijetí do kurzu není omezeno věkem (vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky).



## **Kurzy pro získání základů vzdělání**

Tento kurz organizuje základní škola speciální. Je v rozsahu minimálně jednoho roku. *„Kurz pro získání základů vzdělání mohou využít jedinci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, postižením více vadami nebo autismem, kteří opustili ZŠ speciální v nižším ročníku nebo nebyli vzděláváni vůbec – např. byli před rokem 1989 „osvobozeni“ od povinné školní docházky, a nemají tedy žádné vzdělání.“* (vyhláška č.73/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 147/2011Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných; Informace MŠMT k organizaci kurzu k získání základů vzdělání poskytovaného základní školou speciální, č. j. 18 965/2005-24).

Další významnou možností celoživotního vzdělávání lidí s mentálním postižením jsou speciální rekvalifikační programy (zákon č. 435/2004 Sb., § 108), díky nimž tito jedinci mohou získat nové profesní zaměření, pro efektivnější uplatnění na trhu práce. Rekvalifikace je změna dosavadní kvalifikace, díky níž jedinec s mentálním postižením získá nové znalosti a dovednosti, potřebné k uplatnění se na trhu práce či pro výkon jiné profese. (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013)

## **Aktivační centra**

Aktivační centra jsou školská zařízení, která jsou přizpůsobena pro osoby s těžším mentálním postižením. Cílem je, aby si tito jedinci osvojili nejen čtenářské, matematické i komunikační schopnosti a sociální dovednosti, ale též různé praktické dovednosti, směřující k maximální možné míře samostatnosti a nezávislosti těchto osob. (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013)

## **5 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ INTERVENCE O ŽÁKY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU**

Říčan a Krejčířová (1997) říkají, že v průběhu celého věkového kontinua dítěte může být rodinám žáků s mentálním postižením poskytnuta formální i neformální podpora. Formální podporou se rozumí legislativní, finanční, poradenské, vzdělávací, operativní či informativní roviny. Neformální souvisí s rodinným životem, vztahy v rodině, přáteli a svépomocnými skupinami. (Strnadová, 2008, s. 88)

Legislativní podpora zahrnuje všechny platné zákony, vyhlášky, metodické pokyny, které upravují edukaci osob s mentálním postižením, možnosti pracovního uplatnění a co nejvíce samostatný život mentálně postižených jedinců ve společnosti.

Speciálně pedagogická intervence ve školním věku dítěte úzce souvisí s legislativou. Žáci s mentálním postižením mají nárok na vzdělávání dle individuálního vzdělávacího plánu.

Finanční podpora představuje sociální příspěvky, dávky a jiné formy finanční pomoci. Operativní podporou se rozumí materiální podpora jedinců v průběhu jejich vzdělávání a pozdějšího pracovního uplatnění. Řadíme sem například osobní asistenci nebo kompenzační pomůcky. Poradenská podpora zahrnuje poradenství lékařské, psychologické a pedagogické. Poradenství v oblasti speciálně pedagogické poskytují pedagogicko psychologické poradny či speciálně pedagogická centra. Informační podporou myslíme zdroje informací o typu postižení a možnosti práce s dítětem s mentálním postižením (Strnadová, 2008)

### **5.1 Speciálně pedagogická intervence v rodinách dospívajících a dospělých osob s mentálním postižením**

Většina osob s mentálním postižením touží žít nezávisle, jak v oblasti zaměstnání, tak i bydlení. Pro mnohé rodiče však není snadné tuto volbu akceptovat a odpoutat se od svých obav, jestli to jejich „velké děti“ zvládnou. Snaha chránit své děti je typickým rysem rodičovství, který se s věkem dítěte nemění, naopak lze říci,

že se obavy spíše stupňují. Rodiče zvažují otázky související se zaměstnáním jejich dětí. Jestli budou schopny vykonávat práci, se kterou se uживí. Dovedou se osamostatnit, vést “svůj život”, starat se o domácnost, hospodařit s penězi? A co partnerský život? Rodiče se bojí, aby jejich děti nebyly nikým zneužívány. (Strnadová, 2008)

V tomto období je otázka plánování budoucnosti svého potomka s mentálním postižením pro rodiče klíčová, ale také velmi stresující. Přestože mají tendenci tuto otázku odkládat, měli by se rozhodnout toto téma řešit co nejdříve.

V České republice mají rodiče možnost využít dostupných seminářů s nejrůznější tematikou, avšak semináře zaměřené na plánování budoucnosti chybí. Semináře jsou pořádány občanskými sdruženími, jsou zaměřeny na otázky způsobilosti k právním úkonům u osob s mentálním postižením, prevenci syndromu vyhoření či zvládání problémového chování. Dále mají možnost využít víkend pro podporu lidí s mentálním postižením. (Strnadová, 2008)

## **5.2 Seberealizace dospělého člověka s mentálním postižením**

Žáci s mentálním postižením touží po seberealizaci a mají potřebu znát a porozumět, jsou však limitováni primárním postižením a mnohdy i vnějším prostředím.

Pro jedince s mentálním postižením je obtížné najít životní perspektivu a své místo v životě, proto je nezbytná podpora rodiny. Dospívající a dospělí jedinci s mentálním postižením před sebou nechtějí mít budoucnost pouze v podobě invalidních důchodců, o které nikdo nemá zájem pro jejich omezené možnosti uplatnění. (Vágnerová, 2000)

V oblasti seberealizace se jedinci s mentálním postižením spokojí s pozitivní reakcí ze strany okolí. Chápou ji jako potvrzení jejich vlastní hodnoty. Svou budoucnost, osoby s mentálním postižením neplánují z důvodu absence hypotetického uvažování, žijí převážně přítomností. Možnosti seberealizace pak nacházejí s ohledem na závažnost svého postižení, v příspěvkových organizacích, které provozují například chráněné dílny, stacionáře, rehabilitační oddělení, domovy pro mentálně postižené či chráněné byty. Samozřejmě s ohledem na stupeň mentálního postižení, osobnostní charakteristiky, schopnosti a možnosti daného

jednotlivce. Dále se mohou realizovat prostřednictvím nabízených volnočasových aktivit. Švarcová (2001) se přiklání k názoru, že trendem využívání volného času lidí s mentálním postižením je jejich účast na různých terapiích, které jsou určeny jak osobám s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením, tak je využívají i lidé s lehčími formami mentálního postižení. Mohou se účastnit ergoterapie, canisterapie, felinoterapie, hipoterapie, muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie.

Pro osoby s lehčími stupni postižení se nabízí možnost seberealizace prostřednictvím různých sportovních aktivit, jako jsou stolní tenis, plavání, fotbal, přehazovaná apod. Sportovním aktivitám lidí s mentálním postižením se věnuje Český svaz mentálně postižených sportovců a další organizace, občanská sdružení. Mohou se účastnit různých turnajů, například v rámci „Hnutí speciálních olympiád“ a soutěží, včetně zahraničních sportovních akcí. Sportovní vyžití jim pomáhá zapomenout na jejich psychické problémy. Sport je pro ně nedílnou součástí života a znamená pro ně určité vítězství nad sebou samým, pokoření handicapu. Dále se mohou seberealizovat i prostřednictvím různých rekreačních a relaxačních pobytů. Navštěvují divadla, kulturní představení, koncerty, výstavy a festivaly.

### **5.2.1 Podporované zaměstnávání**

Podporované zaměstnání je pružný systém podpory lidí s mentálním postižením směřující k získání zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Podpora je poskytována jak jedinci s handicapem, tak jeho zaměstnavateli. (Černá, 2015)

Jedinci s mentálním postižením mají své touhy jako každý jiný člověk. Chtějí být užiteční, hledají své místo ve společnosti, uplatnění a smysluplnou práci. Práce patří k základním lidským potřebám, není-li naplněna, vede k frustraci. (Ludíková a kol., 2010)

Vzájemný vztah mezi zaměstnancem s mentálním postižením a zaměstnavatelem musí být založen na vzájemné důvěře, což je podstatou tzv. podporovaného zaměstnávání. O základy této metody se zasloužil americký psycholog Mark Gold. Jedná se o podporu osob s těžším stupněm mentálního postižení k získání zaměstnání v integrovaném prostředí, přičemž podpora se týká nejen zaměstnance s postižením, ale i zaměstnavatele.

Podporované zaměstnávání je vymezeno jako smysluplná, placená a konkurenceschopná práce. Pracovní náplň tvoří pomocné, nekvalifikované činnosti. Osoba s postižením práci vykonává na běžném pracovišti, kde je v kontaktu s intaktními spolupracovníky. Zprostředkovatelská agentura pro pracovníka s postižením zajišťuje dlouhodobou podporu v podobě pracovní asistence a průběžného sledování pracovního poměru. Asistent na pracovišti může být i překážkou při vytvoření přirozených sociálních interakcí a do určité míry jeho přítomnost „potvrzuje“ klientovo postižení. Zaměstnavatelé jsou k přijetí zaměstnance s mentálním postižením motivováni prostřednictvím daňových úlev, snížením mzdových nákladů, ale třeba i pozitivním zviditelněním firmy na veřejnosti. (Šiška, 2005)

Jakou práci člověk vykonává, za jakou mzdu a možnosti, které spolu s ní získá, to vše ovlivňuje naše sebeuvědomění, postavení ve společnosti a míru svobody a volnosti ve sféře ekonomické a sociální. Každý pracující člověk se stává soběstačným a vede poměrně nezávislý život jak v samostatném, podporovaném tak chráněném prostředí. (Ludíková a kol., 2010)

*„Lidé s postižením většinou potřebují vyšší míru podpory pro získání i udržení vhodného pracovního místa. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, přímo uvádí, že osobám se zdravotním postižením je na trhu práce poskytována zvýšená ochrana (§67).“* (Ludíková a kol., 2010, s. 123)

Zákon vymezuje jednotlivá opatření státní politiky zaměstnanosti ve vztahu k lidem se zdravotním postižením následovně:

- *pracovní rehabilitaci (§69-70)*
- *přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost osob se zdravotním postižením, včetně rekvalifikačních kurzů (§71-74)*
- *chráněné pracovní místo, včetně příspěvku na jeho vytvoření (§75)*
- *chráněná pracovní dílna, včetně příspěvku na její vytvoření (§ 76)*
- *příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny (§ 77)*
- *příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (§78)*
- *práva (§ 79) a povinnosti (§ 80) zaměstnavatelů a spolupráci s úřady práce, včetně povinnosti zaměstnavatelů s více než 25 zaměstnanci*

*v pracovním poměru zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. (§ 81- 84) (Ludíková a kol., 2010, s. 123)*

### **5.2.2 Tranzitní program**

Cílem tranzitních programů je naučit žáky, co znamená být zaměstnaný. Zprostředkovat jim pracovní zkušenosti a příležitosti, které jsou v souladu se schopnostmi jednotlivých žáků. (Šiška, 2005) S touto přípravou je vhodné začít již v době, kdy jedinec ještě navštěvuje školu. Pomáhá zejména při přechodu jedince ze školního prostředí do pracovního a samostatného života. (Ludíková a kol., 2010)

Stupková, Nováková, Koblová, (2004, s. 6) uvádí: „*Tranzitní program je systém přípravy a podpory mladých lidí se zdravotním postižením v jejich přechodu ze školy do dalšího života, v oblastech dalšího studia, zaměstnání, aktivit pro volný čas, soběstačnosti v běžných denních činnostech, bydlení, mezilidských vztahů a osobního rozvoje.*“ (Ludíková a kol., 2010, s. 144)

### **5.2.3 Sociální rehabilitace**

Za spolupráce rodičů ošetřující lékař jedince s mentálním postižením, spolu s dalšími odborníky vypracovává rehabilitační plán. Jedná se o stimulaci primitivních vrozených reflexů a reakcí, navazování emočního kontaktu či vyvolání prvotních elementů tělesného schématu. Je-li to možné, využívá se operantního podmiňování, často využívanou metodou je facilitovaná komunikace. Důležitá jsou schémata, strukturace prostředí, času, činností.

Součástí péče je i speciální práce sociální pracovnice. Nezbytné je aktivní řešení problémů, jakými jsou otázky edukace, dalšího zařazení, pracovní činnosti apod. Všechny činnosti směřují k jednomu cíli, a tím je dosažení maximální funkce a fungování dítěte nebo adolescenta v rámci jeho defektu. Jedná se o celoživotní úkol.

Často jsou opomíjeni sourozenci, kteří jsou vtaženi do situace, které nerozumí, jsou na ně kladeny vysoké nároky, jsou také poznamenány stigmatizací, nemají se

komu svěřit, a přesto se na ně mnohdy zapomíná! Přínosem je skupinové setkávání rodičů podobně postižených dětí. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008)

#### **5.2.4 Stacionáře**

##### **Denní stacionář**

Denní stacionář je služba, která umožňuje pravidelné setkávání lidí s postižením s jejich vrstevníky, za podpory a vedení asistentů během dne. Rodiče mentálně postižených dětí vědí, že jejich děti zde smysluplně stráví celý všední den. K dispozici zde mají pestrou nabídku činností, prostřednictvím kterých se rozvíjí vzájemná komunikace, procvičují se dovednosti a jedinci s postižením jsou vedeni k co největší samostatnosti. Dochází tak k jejich adaptaci na jiné než jen domácí prostředí, rozvíjejí se v sebeobsluze. Služba je placená. (Finková a Langer, 2014)

##### **Týdenní stacionář**

Týdenní stacionář je pobytová služba, zde lidé se zdravotním postižením v pracovním týdnu bydlí. Víkendy a svátky tráví se svou rodinou. Nabízené činnosti jsou obdobné jako v denním stacionáři. Jsou doplněny o rozvoj péče o domácnost (úklid, obsluha domácích přístrojů, praní, žehlení), nakupování, přípravu jednoduchých pokrmů, ale také o plánování a návštěvy kulturních akcí, trávení volného času. Spolubydlící se učí vzájemnému respektu, společnému plánování a dělbě činností. Lidé s postižením a jejich rodiny jsou v každotýdenním kontaktu. Služba je placená. (Finková a Langer, 2014)

### **5.3 Speciálně pedagogická intervence v rodinách stárnoucích osob s mentálním postižením**

Stárnoucí rodiče potomků s mentálním postižením se potýkají s problémy souvisejícími se zdravím, volným časem, financemi, zaměstnáním, občanskými

právy a péči o ně v pozdní dospělosti. Řada rodin, které pečují o potomka s mentálním postižením, prožívá pocity deprese, které vychází z nedostatku podpůrných služeb pro danou věkovou skupinu.

S prodlužujícím věkem jedinců s mentálním postižením se rodiče obávají, že je jejich potomek přežije. I když u těchto osob se počítá s vyšším rizikem předčasného úmrtí, v porovnání s běžnou populací. *„Lidé s mentálním postižením tak mohou zemřít dříve než jejich rodiče. To je jedna z oblastí, která zůstává pro speciálně pedagogickou intervenci výzvou.“* (Strnadová, 2008, s. 95-96)

#### **5.4 Kooperace speciálních pedagogů – školy, rodiny a pracovníků školských poradenských zařízení při zajištění intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání**

Téměř každého rodiče dospívajícího dítěte s mentálním postižením znepokojuje a trápí nejistý výhled do budoucnosti, v souvislosti s možnou profesní dráhou svého potomka.

Rodiče, speciální pedagogové i poradenští pracovníci kooperují na rozvoji a výchově jedinců s mentálním postižením, přičemž jejich společnou snahou je dosažení co nejvyššího možného stupně socializace jedinců s mentálním postižením, a to zejména prostřednictvím úspěšného pracovního a společenského uplatnění těchto jedinců. Problematika pracovního uplatnění osob s mentálním postižením je propojena s psychologickými zvláštnostmi osobnosti adolescenta s mentálním postižením.

Po absolvování povinné školní docházky se musí jedinec s mentálním postižením, spolu s jeho rodiči rozhodnout, kterou možnou vzdělávací cestou se v rámci své odborné přípravy vydá. V současné době je stále častěji prosazováno pojetí kariérového poradenství jako procesu, kdy konečnému rozhodnutí a volbě předchází důkladná příprava. Poradenské služby, k problematice kariérového poradenství, poskytují výchovní poradci, školní psychologové a speciální pedagogové, ve spolupráci s třídními učiteli, rodiči a dalšími odborníky, včetně erudovaných pracovníků z příslušných Speciálně pedagogických center.



Speciálně pedagogická centra poskytují žákům s mentálním postižením a jejich rodičům poradenskou činnost a zajišťují komplexní služby týmem odborníků, jakými jsou psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Zabezpečují poradenské, terapeutické a metodické činnosti. Sledují školní úspěšnost dětí a vhodnost jejich zařazení. Zabývají se problematikou profesní orientace a možnostmi dalšího vzdělávání.

Výběr konkrétního učebního oboru má pro další profesní vývoj žáků s mentálním postižením zásadní význam. S jeho vhodným výběrem by měl samotnému jedinci s mentálním postižením i jeho rodičům umět poradit fundovaný výchovný poradce. Při rozhodování je třeba také zvážit soulad volby profesního vzdělávání s místní nabídkou škol. Nevyhnutelné dojíždění či finanční náročnost ubytování na internátě často konečnou volbu jedince s mentálním postižením, případně jeho rodičů ovlivní.

V tuto chvíli jdou předpoklady a zájmy žáků do pozadí, což je v rozporu s tím, že by výsledný výběr profesního vzdělávání měl být učiněn na základě uváženého a promyšleného rozhodnutí, které koresponduje se zájmy žáků, jejich schopnostmi, osobnostními předpoklady a vlastnostmi a měl by být v souladu s motivací žáků. Zvolený výběr školy se poté odrazí v úspěšnosti či neúspěšnosti žáka při studiu i v jeho osobní spokojenosti.

U žáků s mentálním postižením záleží také na úrovni sebeobsluhy a sociálních dovedností. O tom, že je každý jedinec individualitou není pochyb. Jsou žáci, kterým integrace do běžného učiliště nedělá žádné potíže, ale jsou i tací, kteří tento přechod do jiného prostředí nezvládají či se dokonce stávají oběťmi šikany. V důsledku toho někdy bohužel předčasně tento stupeň vzdělání opouštějí a rodiče dospívajícího dítěte s mentálním postižením se následně obrací s prosbou na poradenská zařízení, v souvislosti se zajištěním vhodné intervence o jejich potomky, ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání. (Krejčířová, Kozáková, 2013)

*„V roce 2006 bylo provedeno šetření u absolventů zvláštní školy a žáků vybraných odborných učilišť a praktických škol, jehož cílem bylo zjistit, jakou školu si absolventi zvláštní školy volí pro další profesní přípravu, jak jsou na zvolené škole spokojeni a jak tato škola vyhovuje jejich možnostem a představám o vlastním uplatnění.“* (<http://www.narodniporadenskeforum.cz>)

Teoretická část vymezuje rodinné prostředí dětí staršího školního věku s mentálním postižením a roli jednotlivých členů rodiny v jeho výchově a vzdělávání. Současně popisuje jejich možnosti speciálně pedagogické intervence a kooperaci speciálních pedagogů – školy, rodiny a pracovníků školských poradenských zařízení při zajištění intervence o žáky s mentálním postižením ve vztahu k jejich dalšímu profesnímu vzdělávání. Dospívající lidé s mentálním postižením potřebují podporu v osobnostním rozvoji, zejména v oblasti samostatnosti a soběstačnosti a možném společenském i pracovním uplatnění, s čímž úzce souvisí celý proces plánování budoucnosti těchto jedinců rodiči.

Na teoretickou část navazuje část empirická.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem empirické části diplomové práce je ověřit aplikaci speciálně pedagogické intervence o dospívající žáky s mentálním postižením v praxi rodiči, kteří takového jedince vychovávají a následně popsat jednotlivé představy rodičů v otázkách plánování budoucnosti jejich potomka s mentálním postižením z jejich subjektivního hlediska, tedy matek, které mají dítě s mentálním postižením. Výsledkem je pak následná komparace představ rodičů, které mají intaktní dítě a těch, které pečují o dítě s mentálním postižením téhož věku.

## 6 KVALITATIVNĚ- KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Diplomová práce využívá ke svému výzkumnému šetření kvalitativně- kvantitativního přístupu a sběru dat. Kvalitativní část je doplněna kvantitativně, využitím metody dotazníku, což slouží především k doplnění dat, získaných v rámci kvalitativního výzkumu.

*„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytváří sociální realitu.“* (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 17)

*„Kvantitativní výzkum je založen na testování hypotéz, tedy jejich potvrzení či vyvrácení. Využívá kvantifikační či statistické metody. Sběr dat je strukturovaný a probíhá zpravidla pomocí dotazníků, testů či neúčastněného pozorování.“* (Hendl, 2008, s. 12)

Všichni oslovení účastníci výzkumu a respondenti vyjádřili souhlas s realizací kvalitativního i doplňkového kvantitativního šetření a využitím získaných dat pro potřeby diplomové práce. Tento souhlas byl stvrzen ústně. Všichni dotazovaní byli nejen informováni o možnosti participovat na výzkumu, ale také byli seznámeni s možností ukončení spolupráce v průběhu realizace. Z důvodu ochrany osobních údajů, bylo každému účastníkovi přiděleno pořadové číslo.

Součástí empirické části diplomové práce je interpretace získaných výsledků z rozhovorů s matkami dětí s mentálním postižením staršího školního věku. Dále rozhovory se samotnými „velkými“ dětmi o tom, jak si představují svou budoucnost a co by je v životě naplňovalo. Každá z případových studií je zcela individuální, mnohdy i přes stejný typ postižení. Do výzkumného šetření jsou vřazeny i děti s pervazivními vývojovými poruchami, protože zejména k nejfrektovanějšímu (tzv. nízkofunkčnímu) dětskému autismu se váže mentální retardace.

## 6.1 Metodologie výzkumu praktické části diplomové práce

Metodologie je termín řeckého původu (*methodos* = cesta za něčím) a označuje učení o teorii metody. K naplnění cílů bylo dosaženo prostřednictvím kvalitativního přístupu, který byl doplněn kvantitativní částí, dotazníkem, jež byl realizován na druhém stupni Základní školy v Chlumci nad Cidlinou v kooperaci s rodiči, kteří vychovávají intaktní dítě staršího školního věku. Zjištěná data slouží k provedení komparace pohledů na výchovu, vzdělávání a budoucnost dětí, očima matek, které vychovávají intaktního potomka staršího školního věku a těch, kteří mají dítě s mentálním postižením téhož věku.

Stěžejními výzkumnými metodami diplomové práce jsou rozhovory, vedené s jednotlivými členy rodiny, převážně s matkami dětí s mentálním postižením, včetně zapojení samotných dětí staršího školního věku s mentálním postižením. Rozhovory probíhaly v přirozeném prostředí rodin a vedly ke zkoumání názorů, postojů, přístupů, priorit a hodnot v rodině. Bylo použito polostrukturovaného rozhovoru s předem promyšlenými a připravenými otázkami, ve kterém byla ponechána jistá otevřenost a otázky, které byly rodičům kladeny byly adekvátně modifikovány s ohledem na jejich aktuální psychické rozpoložení a emoční stav. Rozhovory s matkami dětí s mentálním postižením proběhly se svolením rodičů a byly nahrávány na diktafon. Pořizování písemných poznámek by bylo rušivým, neosobním a tudíž nežádoucím elementem.

Ke sběru dat bylo dále užito metody zúčastněného pozorování veškerého dění, při edukaci jedinců staršího školního věku s mentálním postižením, a to v rámci průběžných praxí ve Speciální základní škole v Chlumci nad Cidlinou a Střední škole dvouleté praktické Prointepo v Hradci Králové. Jednotlivé interakce byly pouze pozorovány, nikoliv iniciovány. Pozorování všech probíhajících dějů proběhlo ve školním i domácím prostředí vybraných rodin. Záměrem bylo, prostřednictvím rozhovorů, pochopit a porozumět zkušenostem vybraných rodin. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) Další či doplňující informace byly čerpány i z rozhovorů se speciálními pedagogy a sociální pracovnice příslušného Speciálně pedagogického centra, při Střední škole dvouleté praktické Prointepo.

Z metod sběru dat kvantitativně orientovaného výzkumu byl zvolen dotazník, který byl určen rodičům, kteří vychovávají intaktního potomka staršího školního věku. Východiskem pro kvantitativní výzkum je výchozí hypotéza, tedy výzkumný předpoklad, z níž vyplývá výběr otázek. Metoda užití dotazníku je způsob písemného kladení otázek a následně zjišťování písemných odpovědí. Výhodou je, že ho respondenti mohou vyplnit v klidu doma a jeho vyplnění je časově nenáročné. Naopak nevýhodou je, že se respondenti mohou pokusit vykreslit se v lepším světle nebo na otázky odpovědět lživě. (Svoboda, 2012)

Dotazník byl kratší, aby byla zajištěna co největší jeho návratnost. Celkem obsahoval šestnáct uzavřených otázek s možností výběru jedné odpovědi, či vlastního vyjádření. Uzavřené otázky nabízely hotové alternativní odpovědi. Otázky byly modifikovány a korelovaly s rozhovory s matkami dětí s mentálním postižením, se záměrem zjistit názory matek intaktních dětí na stejné téma.

O vyplnění dotazníku byli požádáni ti rodiče, kteří mají děti v osmém a devátém ročníku Základní školy v Chlumci nad Cidlinou. Dotazník byl anonymní. Celkový počet vyplněných dotazníků je 26., tj. 100 %. Respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně.

Z metodologického hlediska je přínosem předkládaného výzkumu v diplomové práci komplexnější vhled do zkoumané skutečnosti. Komplexnost provedeného výzkumu spočívá především v kombinaci užití kvalitativní a kvantitativní metodologie. Řídila jsem se výzkumným záměrem, který byl realizován oběma přístupy tak, aby byl naplněn výzkumný cíl. Snahou bylo získat zájem respondentů zamyslet se a vyjádřit se k tématu. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

## **6.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky kvalitativně orientované části diplomové práce**

Cílem prakticky a komparativně orientované části diplomové práce je sledování názorů a přístupů rodičů dětí s mentálním postižením ke vzdělávání, rozvoji a plánování budoucnosti jejich dítěte s mentálním postižením, a tak se pokusit přispět k ucelenějšímu pohledu na životní realitu rodin, ve kterých vyrůstá dospívající potomek s mentálním postižením a poukázat na specifika edukačních možností dětí

staršího školního věku s mentálním postižením, očima rodičů, kteří takto postižené děti vychovávají. Výzkumný cíl odráží vizi rodičů při plánování budoucnosti svého dítěte s mentálním postižením a poukazuje na důležitost celého procesu plánování. Vychází ze zkušenosti, názorů a přístupů rodičů dětí s mentálním postižením, ke vzdělávání, rozvoji a plánování budoucnosti.

V rámci **kvalitativního šetření** byly stanoveny následující dílčí cíle:

**Dílčí cíl č. 1:** Definovat možnosti edukace a spolupráce školy, rodiny, pracovníků školských poradenských zařízení a dalších odborníků ve vztahu k osamostatnění jedince s mentálním postižením a dalšímu profesnímu vzdělávání těchto jedinců.

**Dílčí cíl č. 2:** Popsat přístup a názory rodičů dětí staršího školního věku s mentálním postižením ke vzdělávání a speciálně pedagogické intervenci, kterou rodiče svému dítěti s mentálním postižením zajišťují.

**Dílčí cíl č. 3:** Provést komparaci potřeby plánování budoucnosti svého dítěte očima matek dětí s mentálním postižením a matek, které vychovávají dítě staršího školního věku bez postižení.

K definovaným dílčím cílům jsou definovány výzkumné otázky.

Výzkumné otázky jsou velice flexibilní. Snahou bylo vzbudit zájem respondentů hovořit o tématu, konverzovat. Při kladení otázek byla respondentům ponechána určitá svoboda.

*VO1: „Jaké zkušenosti mají rodiče se zajišťováním speciálně pedagogické intervence o své děti staršího školního věku s mentálním postižením?“*

*VO2: „Jak nahlížejí na výchovu a vzdělávání rodiče dětí staršího školního věku s mentálním postižením a rodiče dětí staršího školního věku bez mentálního postižení?“*

*VO3: „Jakým směrem se ubírá plánování budoucnosti dětí s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů?“*

Výzkumné otázky byly definovány v souladu se stanovenými cíli diplomové práce a konkretizují výzkumný problém. Jsou podřízeny výzkumnému problému. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

### **6.3 Vymezení výzkumných cílů a hypotéz kvantitativně orientované části diplomové práce**

Cílem doplňkového kvantitativního výzkumného šetření diplomové práce bylo sledování náhledů a přístupů rodičů intaktních dětí k edukaci, rozvoji a potřeba plánování budoucnosti a následná možná komparace životní reality rodin, kde vyrůstá dítě intaktní a rodin, kde je dítě s mentálním postižením. Výzkumný cíl odráží vizi rodičů při plánování budoucnosti svého intaktního dítěte a vychází ze zkušeností, názorů a přístupů těchto rodičů.

Výzkumným cílem bylo zjistit:

- 1) Zda mají rodiče intaktních dětí, staršího školního věku, povědomí o výchovných a vzdělávacích problémech, které musí řešit rodiče dětí s mentálním postižením téhož věku.
- 2) Jestli tráví intaktní děti, staršího školního věku, svůj volný čas organizovaně svými rodiči.
- 3) Jestli mají rodiče intaktních dětí, staršího školního věku, obavu z budoucnosti a životních perspektiv svých dětí a mají tendenci ji řešit již teď.

K realizaci výzkumného šetření byly stanoveny následující hypotézy:



H 1: Více než 75% rodičů dětí staršího školního věku mají povědomí o limitujících možnostech dětí s mentálním postižením téhož věku v oblasti zdravotní, sociální, výchovné i vzdělávací.

H 2: Více než 75% rodičů intaktních dětí neorganizuje svým dětem volný čas.

H 3: Více než 75% rodičů intaktních dětí, staršího školního věku, nemají zatím potřebu plánovat budoucnost svého dítěte.

#### **6.4 Realizace výzkumu praktické části diplomové práce**

V rámci kvalitativního výzkumu jsou zkoumány zkušenosti samotných rodičů se zajišťováním speciálně pedagogické intervence o jejich děti s mentálním postižením staršího školního věku. Snahou je také poukázat na specifika zkušeností takovýchto rodin a zjistit, jakým způsobem řeší plánování budoucnosti jejich potomka.

Zdrojem je empirický materiál, osobní zkušenost, introspektiva a životní realita rodin, kde je dítě s mentálním postižením, staršího školního věku. Postup je induktivní, od dílčích témat k obecným.

Kvalitativní výzkum byl realizován v období září 2017 – únor 2018 v Mateřské škole, Speciální základní škole a Praktické škole, Hradec Králové, pracoviště Chlumec nad Cidlinou, Smetanova 123 a v Prointepu – Střední škole, Základní škole a Mateřské škole s.r.o. v Hradci Králové v rámci průběžných praxí. Byl realizován formou individuálních rozhovorů s rodiči, převážně s matkami, které vychovávají dítě staršího školního věku s mentálním postižením i jejich dospívajícími dětmi. Bylo využito i přímého pozorování chodu v samotných rodinách, a s tím související možnosti nahlédnutí do soukromí takových rodin a vcítění se do jejich prožívání. Přínosem jsou i vlastní zkušenosti s výchovou již patnáctiletého syna se středně těžkou mentální retardací a kazuistika naší rodiny.

Kvantitativní výzkum byl realizován v období prosinec 2017 – únor 2018 na druhém stupni Základní školy v Chlumu nad Cidlinou v součinnosti s rodiči, kteří vychovávají intaktní dítě staršího školního věku.

## **6.5 Charakteristika výzkumného vzorku praktické části diplomové práce**

**V kvalitativně orientované praktické části diplomové práce** byl vybrán výzkumný vzorek, k jehož výběru byla zvolena následující kritéria:

- a) rodina vychovává dítě staršího školního věku s mentálním postižením;
- b) rodina je ochotna podělit se o svůj životní příběh a zkušenosti.

Výzkumné šetření bylo provedeno v Mateřské škole, Speciální základní škole a Praktické škole, Hradec Králové, v odloučeném pracovišti v Chlumci nad Cidlinou, Smetanova 123 a v Prointepu – Střední škole, Základní škole a Mateřské škole s.r.o. v Hradci Králové.

Do výzkumu byli zahrnuti tito účastníci právě proto, že disponují bohatými životními zkušenostmi se zkoumaným jevem. Do analýz bylo možné zařadit šest rodin. Převážně matek, které byly ochotny podělit se o jejich životní příběh a zkušenosti s výchovou a vzděláváním dítěte s mentálním postižením staršího školního věku.

**V kvantitativně orientované praktické části diplomové práce** byl zvolen následující výzkumný vzorek: Rodina, ve které je intaktní dítě, navštěvující druhý stupeň Základní školy v Chlumci nad Cidlinou.

Do analýz lze zahrnout 26 rodin, jejichž rodiče se zamysleli nad výchovou, vzděláváním a budoucností svých dětí. Vyjádřili se také k širokému tématu společného vzdělávání, inkluzi.

Kvalitativně i kvantitativně orientovaný výzkum byl realizován na bázi dobrovolnosti účastníků a aktivního zájmu zapojit se do něj. Byl prováděn plně v souladu s etickými normami. Veškerá sdělení dotazovaných byla důvěrná.

## 6.6 Výsledky a jejich interpretace

Celkem na dotazníkové šetření odpovědělo 26 respondentů. Byly využity všechny dotazníky, neboť žádný z nich nebyl zpracován chybně. K vyhodnocení je použito grafického znázornění a slovní interpretace výsledků. Grafické znázornění ukazuje četnost využití otázky v procentech. Slovní hodnocení udává přesné počty respondentů, a pokud byla vybrána v otázce odpověď „jiné“, tak uvádí, o jakou odlišnou odpověď se jednalo. Vždy je uvedena dotazníková otázka a pod ní graf s výsledky.

## 6.7 Konkretizace přístupu rodičů s mentálním postižením k jejich dalšímu životnímu uplatnění

Prostřednictvím případových studií jsem se snažila porozumět tomu, co prožívají a jak uvažují rodiče dětí, mentálně postižených, staršího školního věku. Smyslem takto získaného empirického materiálu bylo proniknout do nitra jednotlivých rodin a komplexně pochopit složitost jejich životní reality.

### 6.7.1 Rodina č. 1

#### **Pavel, chlapec se středně těžkým mentálním postižením, 15 let**

**Diagnóza:** Středně těžká mentální retardace, vývojová dysfázie, chromozomální vada, delece 18. chromozomu, porucha osobnosti, ADHD, epilepsie, alergie, astma

**Osobní anamnéza:** Porod ve 39. týdnu, plánovaný císařský řez pro polohu koncem pánevním. Sed ve dvanácti měsících, chůze od sedmnáctého měsíce (cvičení Vojtovy metody), pleny do dvou let. Opožděný vývoj řeči, první slova od tří let. Jednoduché věty v pěti letech. Pravák s dominantním pravým okem. Opakovaně byl hospitalizován na dětské neurologii se závěrem jiná epilepsie. Léčba antiepileptiky.

Je v péči foniatra, neurologa, psychiatra, psychologa a dalších odborníků, které navštěvuje dle aktuální potřeby.

**Rodinná anamnéza:** Chlapec vyrůstá v úplné rodině. Má dvě mladší sestry Nikolu (13 let) a Johanu (9 měsíců). Matka i otec se snaží být důslední při výchově syna a jeví zájem o jeho vzdělávání. Jednou měsíčně se synem dochází na logopedii.

**Scholarita:** Od tří let Pavel navštěvoval běžnou mateřskou školu (jednotřídní) v místě bydliště. Měl udělen odklad školní docházky. Dosud je mu poskytována individuální logopedická péče se zaměřením na sluchovou diferenciaci, sluchovou paměť, rozvoj slovní zásoby, procvičování motoriky mluvidel, artikulační cvičení apod.

Nastoupil do běžné malotřídní základní školy v místě bydliště. K dispozici měl osobní asistentku. Ředitelka tamní základní školy nebyla ochotna zažádat o možnost zřízení funkce asistenta pedagoga. Její podmínkou pro přijetí Pavla do první třídy bylo, aby si rodiče zajistili službu osobní asistence na tři hodiny denně sami. V pololetí druhé třídy, z důvodu nezvládnutí tamních nároků a požadavků, přestoupil do Speciální základní školy v Chlumci nad Cidlinou a zde se vzdělává dosud. Nyní navštěvuje devátý ročník (7 žáků), neopakoval žádný ročník. Jeho prospěch je dobrý, hodnocen je slovně. Ve třídě působí asistentka pedagoga. Jednou za čtrnáct dní navštěvuje nepovinný předmět vaření.

**Současný stav:** Chlapec je méně zdatný fyzicky i manuálně, neobratný. Jeho sociální návyky jsou nedostatečné, pracovní návyky jsou dobré. Průběh jeho práce je třeba kontrolovat, vhodné je neustálé povzbuzování a motivace k činnostem.

Do školy chodí rád, pozitivně naladěný. Ve třídě má nejlepšího kamaráda Páju. Vzhledem k narušené komunikační schopnosti přetrvávají obtíže ve čtení, čte s pomocí a částečným porozuměním. Má problém s gramatikou, přepis je pomalý a nepřesný, píše s pomocí, diktát nezvládá. Matematika ho baví, počítá přesně a pohotově. Řeč je obtížně srozumitelná. Hlávky zaměňuje, vynechává, hovoří v krátkých větách s dysgramatismy. Má špatné vyjadřovací schopnosti, vážně verbální paměť. Kresba odpovídá mentální úrovni.

V osobním kontaktu je bezprostřední, nemá zábrany. Někdy je negativistický, stagnuje. Některé autority zcela nerespektuje. Často si vynucuje pozornost, pravidelnou kontrolu práce, potřebuje dohled dospělého. Pozornost udrží krátkodobě. Patrná je emoční labilita, je snadno ovlivnitelný, často je nejistý, impulzivní s občasnými projevy agrese, která nastupuje zejména v situacích, kdy se cítí být ohrožen nebo odmítnut.

Má vypracován individuální vzdělávací plán (IVP), který zdůrazňuje nezbytnost zadávání přiměřených úkolů a ponechání dostatku prostoru k vyřešení zadané úlohy. Dále Pavlovi vymezuje práci v malých časových intervalech, determinuje rozvoj soustředění na daný úkol a doporučuje časté střídání činností. Je však potřeba brát ohled na chlapcovo momentální psychické rozpoložení a pamatovat na neustálé povzbuzování a motivaci k práci.

#### **Návrh intervence chlapce, Pavla, se středně těžkým mentálním postižením:**

Pokračování v logopedické péči i v rámci vzdělávání (návaznost na individuální logopedickou péči). Vytváření vhodných podmínek pro rozvoj řeči v podobě dostatku podnětů, vytváření emocionálních vazeb, kvality speciálně pedagogické péče.

Důslednost v dodržování stanovených pravidel, pravidelného denního řádu. Vytvoření strukturovaného prostředí ve škole i v domácím prostředí. Vhodná je i struktura času (vizualizace) v podobě vytvoření vizualizovaného denního programu, protože struktura nabízí "jistotu" tím, že vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním.

Mělo by se nadále spolupracovat s neurologem, dětským psychiatrem, speciálním pedagogem v souvislosti se zdravotním stavem chlapce a zahájit včasnou intervenci, nastane-li změna v chování, či projevech Pavla, aby se předešlo zdravotním, výchovným či jiným komplikacím.

## 6.7.2 Rodina č. 2

### Simona, dívka s lehkým mentálním postižením, 14 let

**Diagnóza:** Lehká mentální retardace, opožděný vývoj řeči, ADHD, epilepsie, alergie

**Osobní anamnéza:** Spontánní porod proběhl v termínu, Simonka se narodila z druhého fyziologického těhotenství. Raný psychomotorický vývoj byl v normě. Vývoj řeči byl opožděn, ve dvou letech první slova, tvoření vět od pěti let. Typický je psychomotorický neklid, snadná unavitelnost.

**Rodinná anamnéza:** Rodiče jsou již starší, matce je 55 let, otec je o pět let starší. Rodiče na dceři až nezdravě lpí, přespříliš ji ochraňují, brání jí i v činnostech, které by zvládla sama, omezují ji v jakékoliv její iniciativě. Mimo školu ji izolují od kamarádů. Dívka má mladší intaktní sestru (12 let), která navštěvuje běžnou základní školu.

**Scholarita:** Dívka měla udělen odklad školní docházky, poté byla integrována do základní školy v místě bydliště, bez podpory asistenta pedagoga, kde čelila nevhodným poznámkám ze strany spolužáků, pro její vizáž. Dívka je silnější postavy s hustými kudrnatými světlými vlasy. Zde se vzdělávala do druhé třídy, absolvovala tedy první a druhý ročník a do třetí třídy již nastoupila do základní školy speciální v Chlumci nad Cidlinou, kde se vzdělává dosud. Ve třídě jim je nápomocna asistentka pedagoga. Na období, kdy byla dívka integrována do běžné základní školy, rodiče vzpomínají velice neradi. Mají nepříjemné zkušenosti nejen s vedením školy, ale také s přístupem tamních pedagogů a spolužáků dívky.

**Současný stav:** Dívka je ve škole spokojená, komunikuje s vrstevníky bez zábran s výraznými nápadnostmi a nepřesnostmi v řeči. Její tempo je pomalé, je snadno unavitelná, neklidná, ráda napodobuje druhé, dá se strhnout spolužáky. Je impulzivní až zbrklá. Nedomyšlí následky svého jednání. Projevuje se neadekvátní reakcí

i na slabé podněty. Je méně obratná, má obtíže v koordinaci pohybu. Projevují se u ní emoční výkyvy, rychlé změny nálady.

### **Návrh intervence dívky, Simonky, s lehkým mentálním postižením, 14 let**

Součinnost vedení školy, rodičů a učitele v souvislosti s řešením výchovných problémů. Správný výchovný přístup přispěje k omezení nežádoucích projevů chování. Nezbytné je však jednotné výchovné vedení, v rodině i ve škole.

Ve výchově uplatňovat klidný, laskavý, trpělivý ale zároveň důsledný přístup, a to i ve vypjatých situacích, protože nervozita dospělých se na dítě přenáší a zhoršuje afekt.

Dívka by měla mít sestaven plán logopedické intervence. Logopedická péče ve školním prostředí by měla být realizována převážně formou her, různých cvičení, skupinové i samostatné práce. Cílem je rozvoj mluveného projevu.

Je nutné dodržovat stejné zásady a zákonitosti, pravidelný režim spánku, odpočinku, aktivity a pohybu, řád, přístup, doma i ve škole. Musí dostávat jasné a srozumitelné instrukce, nešetřit pochvalou. Vnést do péče soustavnost, strukturu a systematičnost. Vytvořit časový plán, který Simonce pomůže činnost naplánovat v jednotlivých krocích. Jednat v klidu, odstranit co nejvíce rušivých elementů.

Multisenzoriální přístup, opírat se o názor. Soustředit se na pozitivní stránky dívky. Zaměřit se na podporu motivace, nesoustředit se pouze na výkon.

### **6.7.3 Rodina č. 3**

#### **Tomáš, chlapec se středně těžkým mentálním postižením, 15 let**

**Diagnóza:** Středně těžká mentální retardace, atypický autismus, vývojová dysfázie, ADHD, epilepsie

**Osobní anamnéza:** Chlapec se narodil z druhé gravidity. Porod proběhl v termínu. Chlapec začal ve 3 měsících zvedat hlavičku, v 6 měsících se začal otáčet na bok, ale ne zpět. Sedět začal od 12 měsíce, postavil se též ve 12 měsících, lezl

v 15měsících a samostatně začal chodit ve 2 letech. První slova začal používat od tří let. Jednoduché věty dokázal tvořit až v šesti letech. Největší deficit ve vývoji se projevuje v oblasti řeči. Je v péči klinického logopeda, jednou za 14 dní k němu dochází. Opakovaně byl vyšetřen na foniatrické klinice v Žitné v Praze. Naposled ve 14 letech. Má předepsanou antiepileptickou léčbu. 2x denně užívá Orfiril long. Z důvodu zhoršení chování v důsledku poruchy pozornosti s hyperaktivitou mu byla ve 14 letech nasazena medikace Risperon.

**Rodinná anamnéza:** Chlapec vyrůstá jen s matkou, která se vzdala zaměstnání a péče o syna je její jedinou náplní života. Má staršího bratra (17 let). Matka se zajímá o vývoj syna, těší se z edukačních pokroků.

**Scholarita:** Do mateřské školy chlapec nastoupil až v pěti letech. Brzo se dostavily stížnosti na chování a projevy syna ze strany tamních učitelek. Matka syna nechala přeradit do speciální mateřské školy, kde byl spokojen. Toto zařízení nebylo v místě bydliště, bylo to tedy pro matku časově náročné, protože syna musela denně vozit. Měl udělen odklad školní docházky.

**Současný stav:** Chlapec nyní navštěvuje devátý ročník. Ve spolupráci školy, SPC a rodičů má vypracovaný individuální vzdělávací plán. V učení má problémy, ale je velice manuálně zručný. Na český jazyk matematiku je nutná dopomoc asistentky pedagoga. Je pomalý, emočně nestabilní, nesoustředěný, vyžaduje neustálý dohled, je tvořivý, pracuje s chutí a nadšením.

**Návrh intervence, Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením:**

Intervence jedinců s atypickým autismem se neliší od intervence žáků s autismem. Podporovat navazování vztahů s vrstevníky a eliminovat přílišnou přecitlivělost na vnější podněty. Stanovení jasných pravidel, strukturalizace prostoru a činností v domácím i školním prostředí, vizuální podpora, rozvoj řečových dovedností a individuální přístup v psychoedukaci.

Dodržování zásad intervence u jedinců s ADHD. Neizolovat chlapce od jeho vrstevníků – doporučení rodičům! V třídním kolektivu se zaměřit na zapojení



Tomáše do všech činností. Vytvoření podmínek (v domácím i školním prostředí) pro změnu činností, polohy při učení a odpočinout si v relaxačním koutku. Snaha o předvídání a zvládání stresových situací, z důvodu předcházení afektivnímu chování chlapce. Nezbytná je zpětná vazba bezprostředně po každém vhodném/nevhodném chování či jednání. Posilování sebevědomí chlapce. Upřednostňovat více pochvalu než trest. Časté konzultace s rodiči a řešení vznikajících problémů s návrhy řešení. Snažit se o uplatnění stejných strategií ve školním i v domácím prostředí.

#### **6.7.4 Rodina č. 4**

##### **Jan, chlapec s lehkým mentálním postižením, 14 let**

**Diagnóza:** Lehká mentální retardace, vývojová dysfázie, ADHD, epilepsie, problémové chování – agresivita, destruktivní sklony, výbuchy hněvu, pláče, smíchu

**Osobní anamnéza:** Opoždění psychomotorického vývoje již od kojeneckého věku. Od tří let má masivní svědivý ekzém. Prvně se sám posadil ve 12. měsíci, chodit začal až v 19. měsíci. Chůze byla ale vratká, nejistá s častými pády a následně úrazy hlavy. Cvičení Vojtovy metody. Vývoj řeči byl opožděn, první slova začal používat až po čtvrtém roce věku. Bylo patrné celkové opoždění oproti vrstevníkům. Opakovaně byl hospitalizován na neurologickém oddělení s nálezem specifických výbojů EEG záznamu. Záchvaty však netrpěl. Od pěti let měl předepsanou zajišťovací profylaxi, léčbu antiepileptiky. Později mu na přání matky byla léčba vysazena.

**Rodinná anamnéza:** Chlapec žije s matkou, na kterou je velmi fixován a mladším bratrem, rodiče jsou rozvedení, oba mají středoškolské vzdělání. Otec se do výchovy a péče aktivně téměř nezapojuje. S oběma dětmi udržuje kontakt sporadicky. Zpravidla jeden víkend v měsíci. Chlapcův bratr chodí do 4. třídy běžné základní školy. Součástí rodiny je i domácí mazlíček – pes, o kterého se Jan stará. Aby matka ekonomicky zajistila rodinu a nezbytné potřeby dětí, chodí na částečný úvazek do

zaměstnání. Často je unavená, vyčerpaná, trpí bolestmi hlavy, se kterými se léčí na neurologii. Přestože chlapci náleží peněžitý příspěvek na péči, matka musí stále řešit nedostačivou finanční situaci.

**Scholarita:** Chlapec měl udělen odklad školní docházky. Předškolní vzdělávání absolvoval v mateřské škole speciální. Poté pokračoval v první třídě základní školy speciální. O integraci chlapce do běžné základní školy matka chlapce nikdy neuvažovala. Chlapec do školy chodí rád. Nevýhodou je velká vzdálenost školy od místa bydliště, kam ho matka pravidelně dováží.

Školní práce klade důraz na rozvíjení slovní zásoby, diferenciaci hlásek, motoriku mluvidel, asociační cvičení, početní představy apod. Práce se odvíjí od momentálního psychického rozpoložení chlapce. Někdy je viditelná zvýšená únava a nezáměr, nevnímá zadané úkoly a znatelně hůře se soustředí. Začne být neklidný, patrně jsou kývavé pohyby, často padá ze židle. Jindy je veselý, má chuť do práce a projevuje radost z dosažených výsledků. Žádný ročník neopakoval, jeho prospěch je dobrý, dvakrát týdně se účastní nepovinného předmětu logopedické péče.

**Současný stav:** Pravidelně navštěvuje lékařské prohlídky, odborná vyšetření, včetně kontrol u dětského psychiatra a dochází do logopedické poradny. Rodiče chlapce se sice snaží v co největší míře zapojit do péče o chlapce a zajištění veškerých jeho individuálních potřeb, ale je to nedostačující. Matka chodí na částečný úvazek do zaměstnání. Snaží se také věnovat mladšímu dítěti. Zatím se nedaří eliminovat nežádoucí problémové chování chlapce, které nastane ve chvíli, když si Jan s nějakou novou nastalou situací neví rady, neorientuje se v ní, neumí vyjádřit své pocity a cítí se být v ohrožení. Jan nemá dostatečně upevněné sociální a pracovní návyky. Má infantilní projevy, vyžaduje osobní kontakt, nemá zábrany v interakcích se sociálním okolím, sahá na spolužáky, hladí je po vlasech, po pažích, „pusinkuje“ učitelky. Nezbytné je neustálé povzbuzování k činnosti, kontrola a zvýšená motivace.

Vzhledem k vývojové dysfázii mu činí obtíže český jazyk, čtení, gramatika. Tempo školní práce je pomalé. Při čtení hláskuje, slabikuje, často zaměňuje hlásky. Vyjadřovací schopnosti jsou slabé, vážne verbální paměť. Má vypracován

individuální vzdělávací plán, zejména pro školní práci v matematice a českém jazyce.

Bližšího kamaráda nemá, ale do kolektivu svých vrstevníků chodí rád. Je však snadno ovlivnitelný, nedůvěřuje si, emočně labilní. Školní i domácí práce se odvíjí od jeho momentální nálady, psychického rozpoložení. Když se mu nechce, je zatvrzelý, stagnuje. Pozornost udrží pouze krátkodobě.

Chlapec se rád stará o psa. Podílí se na veškerých činnostech souvisejících s chodem domácnosti, jakými jsou například posekat trávník, plít zahradu, v zimě odklízet sníh, nakupovat potraviny, uklízet a utírat prach v pokojíčku, stlát si svou postel, luxovat, vynášet odpadky, zalévat květiny, pomáhat při přípravě jídla pro rodinu, přichystat si svačinu. Cítí se tak být potřebný a užitečný.

### **Návrh intervence Jana, chlapce s lehkým mentálním postižením:**

Ve vzdělávání pokračovat, dle vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu, ve vybraných předmětech (český jazyk, matematika). Zaměření na rozvoj poznatků o společnosti, důraz na zvládání základních návyků a sebeobslužných činností, praktických činností a maximální možnou míru osvojení si dovedností trivie (čtení, psaní, počítání). Je doporučeno slovní hodnocení.

Nadále pokračovat v intenzivní logopedické péči individuálně i v rámci základního vzdělávání – rozvoj komunikačních dovedností. Je zapotřebí vytvářet vhodné podmínky pro rozvoj řeči, aby se chlapec postupně zvládl srozumitelně vyjadřovat v ústním projevu, vést dialog, nabyt schopnosti porozumět obsahu sdělení a uměl v dané situaci přiměřeně verbálně reagovat. Účelem je také to, aby se zvládl orientovat v psaném textu a uměl ho využít k získávání informací a rozvoji vlastních vědomostí. Dalším smyslem rozvoje řeči je, aby dovedl obhájit svůj názor. Cílem je, aby komunikaci chlapec dokázal využívat k vytváření sociálních vztahů a spolupráci s okolím. Logopedickou intervenci může podpořit i instruovaný rodič.

Snaha předcházet problémovému chování – uplatňovat metodu strukturovaného učení, která vnese jasná pravidla, nastíní posloupnost činností, nastolí logičnost, řád, pocit bezpečí a jistoty.

Pomoc při zvládnutí emocí, snaha o jejich diferencovanost a koordinovanost. Při záchvatech vzteku odvést pozornost od činnosti, kterou právě vykonává a nabídnutí jiné atraktivní aktivity. Dodržování zásad intervence u jedinců s ADHD.

### **6.7.5 Rodina č. 5**

#### **Káťa, dívka s Downovým syndromem, 15 let**

**Diagnóza:** Downův syndrom, porucha štítné žlázy, vrozená srdeční vada, hypotonie, krátkozrakost, skolióza

**Osobní anamnéza:** Dívka se narodila matce, které v té době bylo osmnáct let. Průběh těhotenství proběhl bez komplikací. Komplikace nastaly bezprostředně po porodu, kdy byla dívka kříšena a byla jí prováděna masáž srdce, poté byla inkubována. Měla novorozeneckou žloutenku. Již od kojeneckého věku cvičí metodu reflexní lokomoce dle prof. Vojty. Je v péči neurologa, který jí sestavil terapeutický program. Dále fyzioterapeuta, psychologa, speciálního pedagoga a psychologické a logopeda. Dlouhodobě užívá antiepileptika a léky na uvolnění svalových křečí. Nosí brýle, což kompenzuje krátkozrakost.

#### **Rodinná anamnéza:**

Dívka žije v úplné rodině v rodinném domě s velkou zahradou. Káťa má o dva roky mladšího sourozence, Petra. Širší rodina Katku přijala velmi dobře a matka v ní najde vždy podporu a pomoc dle potřeby.

#### **Scholarita:**

Rodiče si museli sami sehnat veškeré informace o výchově a možnostech vzdělávání dětí s Downovým syndromem. Taktéž o možnosti pobírání možných příspěvků. Dívka měla udělen odklad školní docházky o jeden rok. Katka navštěvuje základní školu speciální nedaleko svého bydliště. Adaptace na nové prostředí, v souvislosti se zahájením povinné školní docházky, proběhla bez větších obtíží. Zvládla odloučení

od rodičů. Problém však nastal s příchodem nové paní učitelky do třídy. Dívka se již do školy netěšila, projevovala se vzdorovitě a došlo ke zhoršení prospěchu. Speciální základní školu stále navštěvuje. Dívka si osvojila základní matematické úlohy, dobře čte, avšak bez porozumění textu. Není schopna správně interpretovat přečtený text. Psaní a přepis zvládá dobře. Zná mnoho písniček, ráda zpívá, přičemž občas zapomene texty písní. Tancuje a hraje na hudební nástroje Orffova instrumentáře (rytmické a melodické bicí nástroje). Je snaživá, avšak nejistá. Při manuálních činnostech, zejména při výtvarných a pracovních aktivitách vyžaduje dopomoc a motivaci. Ve třídě je nápomocna asistentka pedagoga, která pomáhá všem dětem dle potřeb.

### **Současný stav:**

V současné době je dívka bez větších obtíží. Chodí na pravidelné lékařské prohlídky. Dochází do stacionáře, v odpoledních hodinách navštěvuje zájmový kroužek keramiky, který ji velmi baví. Rodiče se ji snaží plně zapojit do společenského dění, nevyčleňovat ji a neizolovat od vrstevníků. Společně se účastní různých akcí pro mentálně postižené, ale i aktivit pro intaktní populaci. Chodí ven na hřiště mezi ostatní děti, rodiče se za dceru nestydí. Ani mladší bratr nikdy nečelil posměchu ze strany kamarádů. Její mladší bratr na ni má velice pozitivní vliv. Je pro ni jakýmsi příkladem a ve všem se jí snaží pomáhat.

Káťa je velmi milá, přátelská, otevřená, nekonfliktní, mezi dětmi oblíbená. Ráda se mazlí. Občas se objevuje zatvrzelost, tvrdohlavost. S ohledem na postižení adekvátně navazuje vztahy s okolím. Problematicky se jeví aktuálně se projevující sexuální pud, který překračuje hranice přijatelného chování. Dívka masturbuje při běžných každodenních aktivitách v prostředí školy i v ostatních sociálních prostředích.

### **Návrh intervence Katky, dívky s Downovým syndromem:**

Návrh intervence vychází ze spolupráce rodiny, speciálních pedagogů, interního, očního, rehabilitačního lékaře, psychologa a školy. Efektivní je pro dívku docházení na psychoterapie, které u dívky eliminují negativní způsoby chování a prožívání.

Intervence pro Katku představuje ucelenou rehabilitační péči. Docházení na logopedii, fyzioterapii, využívá místnosti snoezelenu. Účast na canisterapii, muzikoterapii, arteterapii apod. Prostřednictvím arteterapie si Katka procvičí jemnou motoriku a naučí se vyjadřovat své emoce a myšlenky, které následně dokáže sdělit ostatním.

Vedení Katky k soběstačnosti a samostatnosti v rámci možností, aby se byla schopna v co největší míře zapojit a obstát v dnešní společnosti.

Stanovení jasných hranic přijatelného chování ve všech sociálních prostředích v souvislosti s projevujícím se sexuální pudem. I v této oblasti je vhodná podpora psychoterapie.

V rámci řešení další intervence se rodiče budou snažit pečlivě i nadále zvažovat všechna pro i proti a řídit se možnostmi, potřebami, schopnostmi, přáními a limity svého dítěte a neuplatňovat své neadekvátní ambice.

### **6.7.6 Rodina č. 6**

#### **Jana, dívka s těžkou mentální retardací, 15 let,**

**Diagnóza:** Mikrocefalie, těžká mentální retardace, epilepsie, těžký centrální hypotonický syndrom, astigmatismus, zrak v pásmu praktické nevidomosti, progredující plicní fibróza, úroveň rozumových schopností nelze vzhledem k přidruženým postižením testovat.

**Osobní anamnéza:** Dívka se narodila z plánovaného druhého těhotenství, které bylo bez komplikací. Na půl roce se přetočila na břicho, dále lokomoční vývoj nepostupoval. V sedu musí být fixována, hlavu udrží krátkodobě. Komunikace nonverbální. Je plně odkázána na pomoc druhých a péče o ni je velmi náročná.

Sebeobslužné činnosti nezvládá. Strava musí být mixovaná, polévka zahuštěná. Reaguje úsměvem na společnost, kterou zná a cítí se v ní dobře.

**Rodinná anamnéza:** Dívka žije pouze s matkou a starším sourozencem v panelovém bezbariérovém bytě. Otec matku opustil, když bylo Janě 10 let a od té doby o dceru nejeví zájem a o její stav se nezajímá. Vidá se pouze se zdravým synem. Nyní ve společné domácnosti bydlí ještě nový partner matky, který dívku s postižením přijal lépe než biologický otec.

Matka se cítí spokojená a vyrovnaná. Občas ji trápí, že se nemohla naplno věnovat svému staršímu synovi a skutečnost, jak těžce se intaktní syn vyrovnával s postižením sestry, styděl se a musel čelit posměchu ze strany okolí. Byl nucen však překonat i svou žárlivost a bojovat o pozornost rodičů. Celá situace se zklidnila až poté, co začal problematiku více chápat.

Matka nevlastní řidičský průkaz, proto mnohdy musí řešit problém nedostupnosti služeb v místě bydliště, v oblasti lékařské, sociální a pedagogické.

**Scholarita:** Zahájení školní docházky pro matku bylo velmi stresujícím obdobím. Dívka si nezvykla na školní prostředí, personál, který nebyl schopen Janě zajistit ani základní potřeby, například krmení, pití, odsátí hlenu z plic apod. Vše byl problém. Bezvýchodná zoufalá situace trvala asi rok, poté si matka uvědomila, že nutností bude pomoc osobní asistentky. Babička Jany z matčiny strany a asistentka byly osoby, které se o dívku uměly plnohodnotně a spolehlivě postarat.

**Současný stav:** Po ukončení povinné školní docházky se jí matka snaží zajistit co nejlepší možnou péči. Jana dochází do komunitního centra, kde se věnuje aktivitám, které jsou zaměřeny na rozvoj soběstačnosti, dovedností a zájmů. Prostřednictvím komunitního centra je realizována široká škála sociálních služeb, například sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Pro matku i její dceru s mentálním postižením je pobyt v takovém zařízení příjemný a povzbuzující. Zažívají zde psychickou pohodu. Jana tráví ráda volný čas mezi kamarády v centru a ještě má možnost něčemu novému se naučit. V rámci centra se účastní muzikoterapie, ale také nácviku sebeobsluhy.

### **Návrh intervence Jany, dívky s těžkou mentální retardací:**

Hlavním cílem navrhované intervence je dosažení určitých sebeobslužných návyků a schopnosti vykonat jednoduchou činnost – například podat míček. (Využití kognitivně behaviorálních metod).

Stimulace a rozvoj nepostižených nebo zachovaných schopností dívky.

Úzká spolupráce s dětským neurologem z důvodu epileptických a jiných neurologických onemocnění.

Psychoterapeutická podpora matky, která o Janu pečuje, protože její psychický stav může výrazně ovlivňovat prožívání a chování dcery.

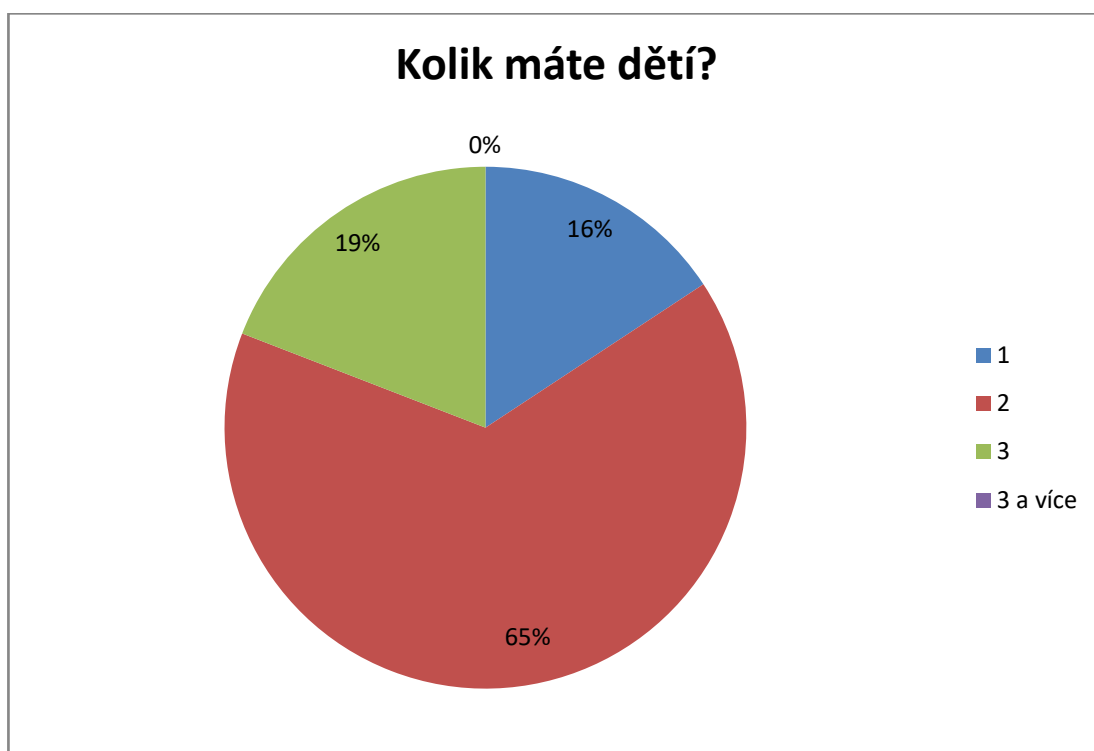
Možností je i dočasná intervence v podobě farmakoterapeutického přístupu, z důvodu eliminace nežádoucí symptomatologie mentálního postižení.

Multidisciplinární terapeutický přístup - speciálně pedagogické postupy, metody rehabilitace, fyzioterapeutické postupy.

Intervence, směřující k optimálnímu využití všech schopností a dovedností Jany pro její socializaci v maximální možné míře.

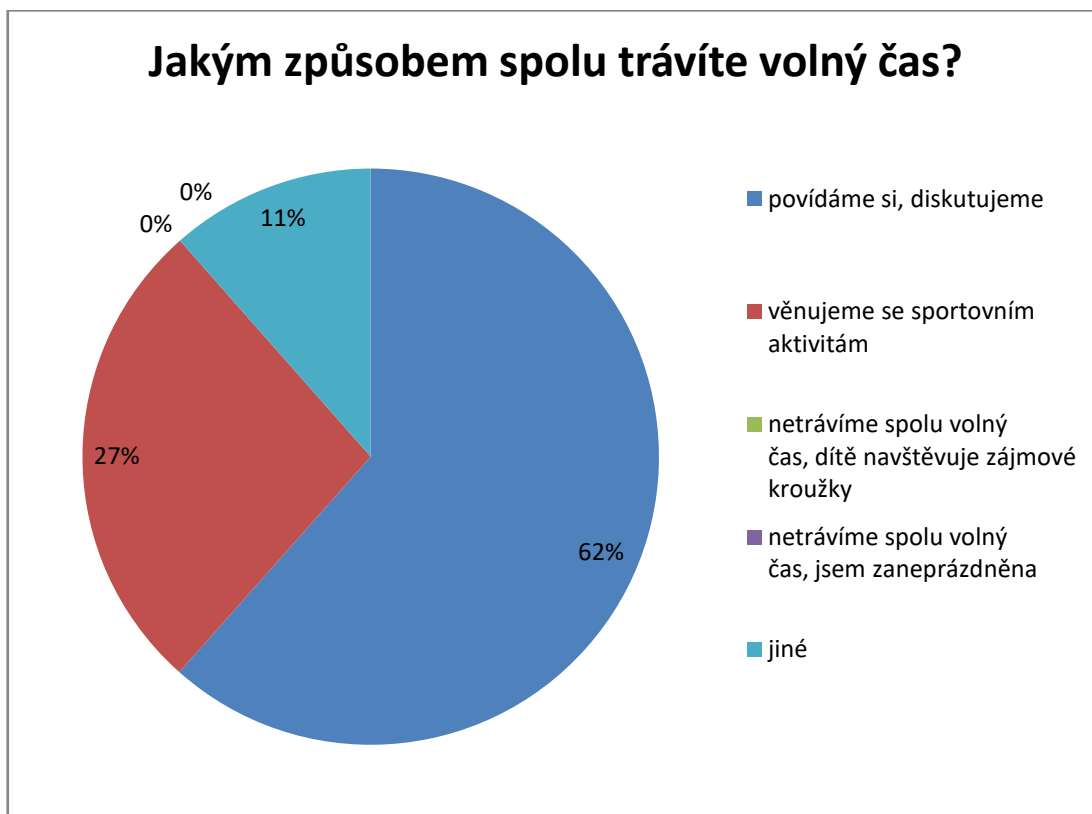


Graf k otázce č. 1 „Kolik máte dětí?“



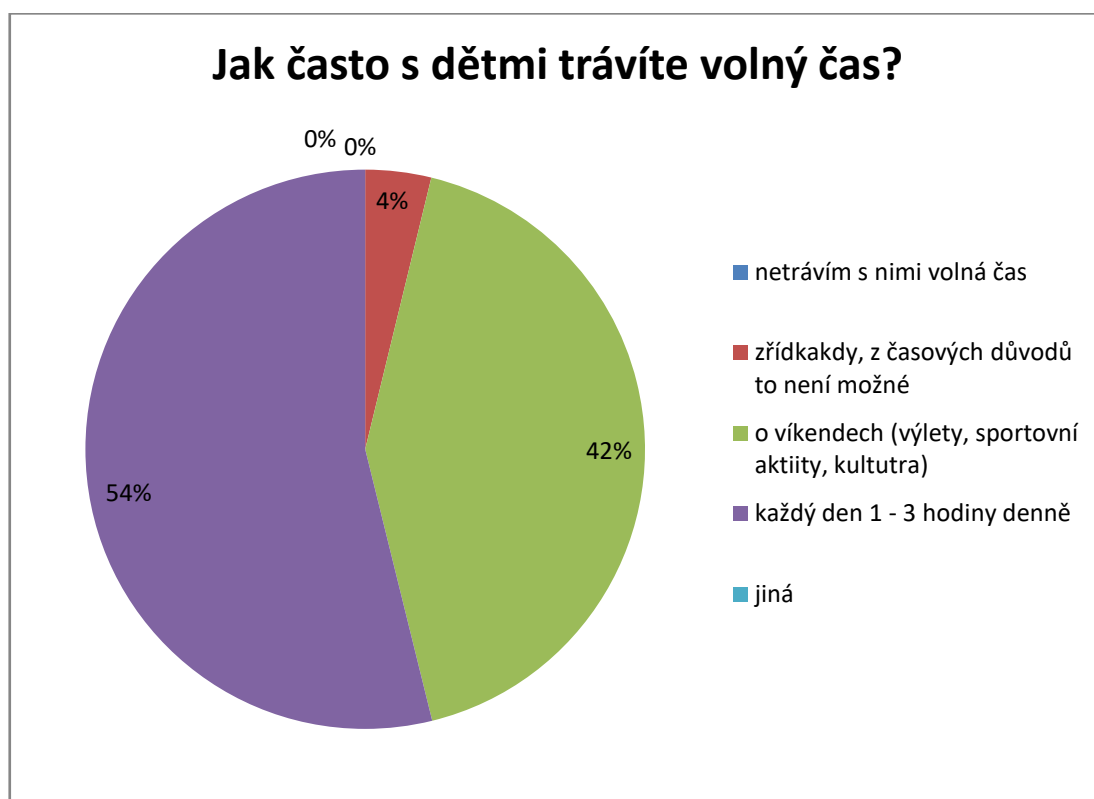
Celkem na otázku odpovědělo 26 respondentů, z toho 4 respondenti (16 %) uvedli, že mají jedno dítě, 17 respondentů (65 %), že má dvě děti, 5 (19 %) má tři děti. Více jak 3 děti nemá žádný z respondentů (0 %).

Graf k otázce č. 2 „Jakým způsobem spolu trávíte volný čas?“



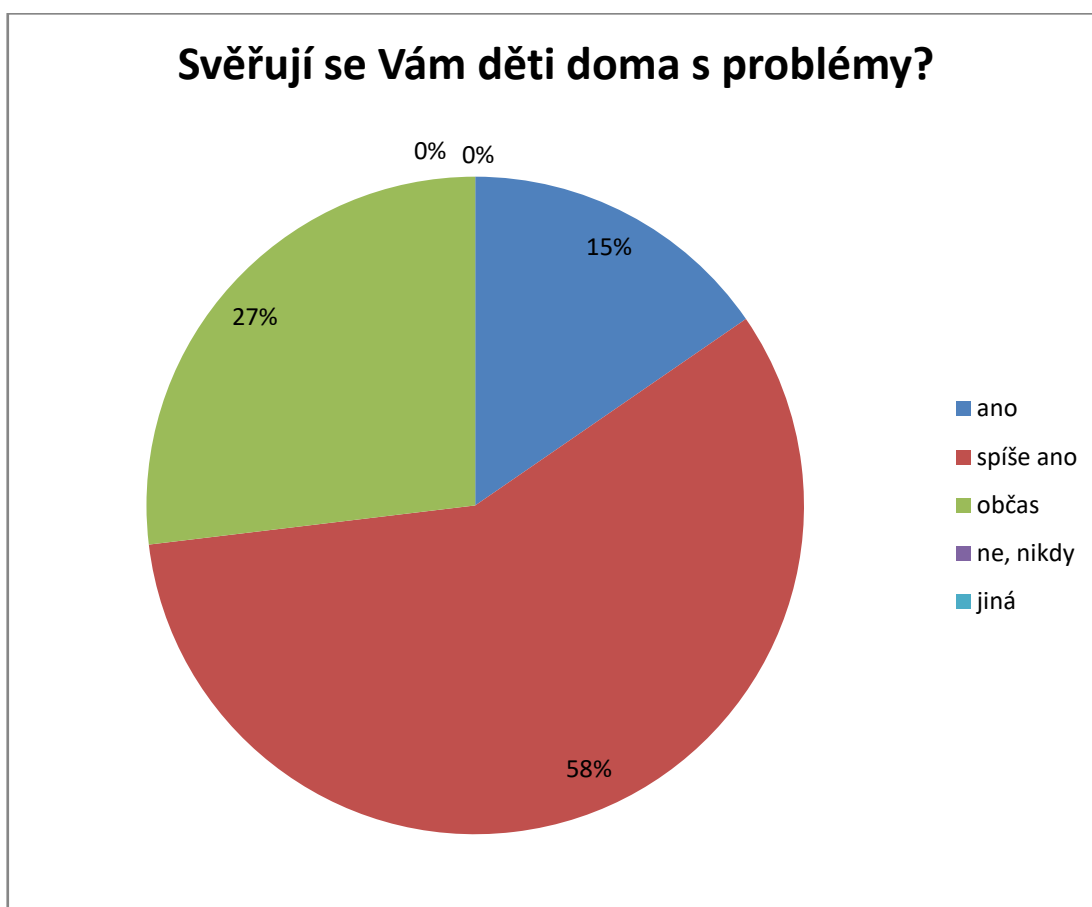
16 respondentů (62 %) si s dětmi povídá a diskutuje, 7 (27 %) se s dětmi věnuje sportovním aktivitám a 3 respondenti (11 %) uvedli jinou odpověď. První respondent si se svými dětmi povídá, věnuje se sportovním aktivitám a děti navíc navštěvují různé zájmové kroužky. Druhý respondent uvedl, že hrají různé hry a poslední se s dětmi věnuje hrám na zahradě a procházkám například po lese.

Graf k otázce č. 3 „Jak často s dětmi trávíte volný čas?“



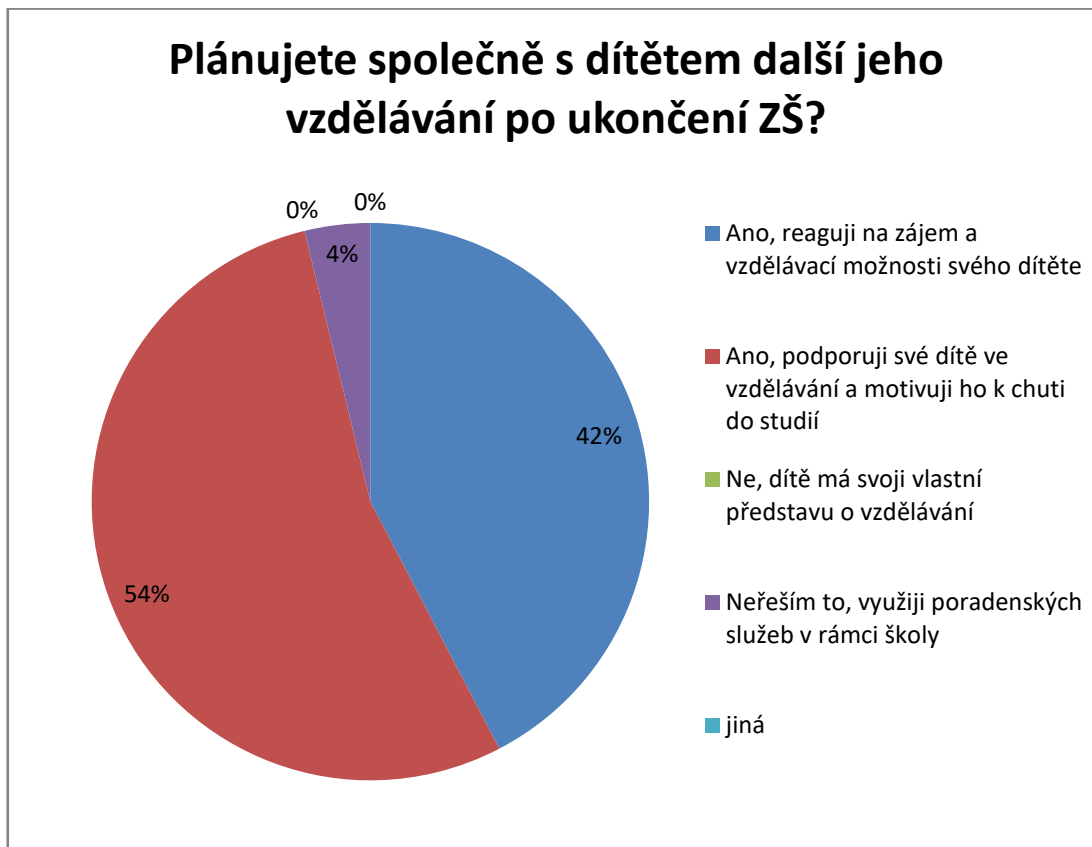
Na otázku odpovídalo celkem 26 respondentů. Nejčastější odpovědí je, že s dětmi tráví čas denně, uvádí 14 respondentů (54 %), 11 dotázaných (42 %) se dětem věnují převážně o víkendu a 1 respondent (4 %) zřídka.

Graf k otázce č. 4 „Svěřují se Vám děti doma s problémy?“



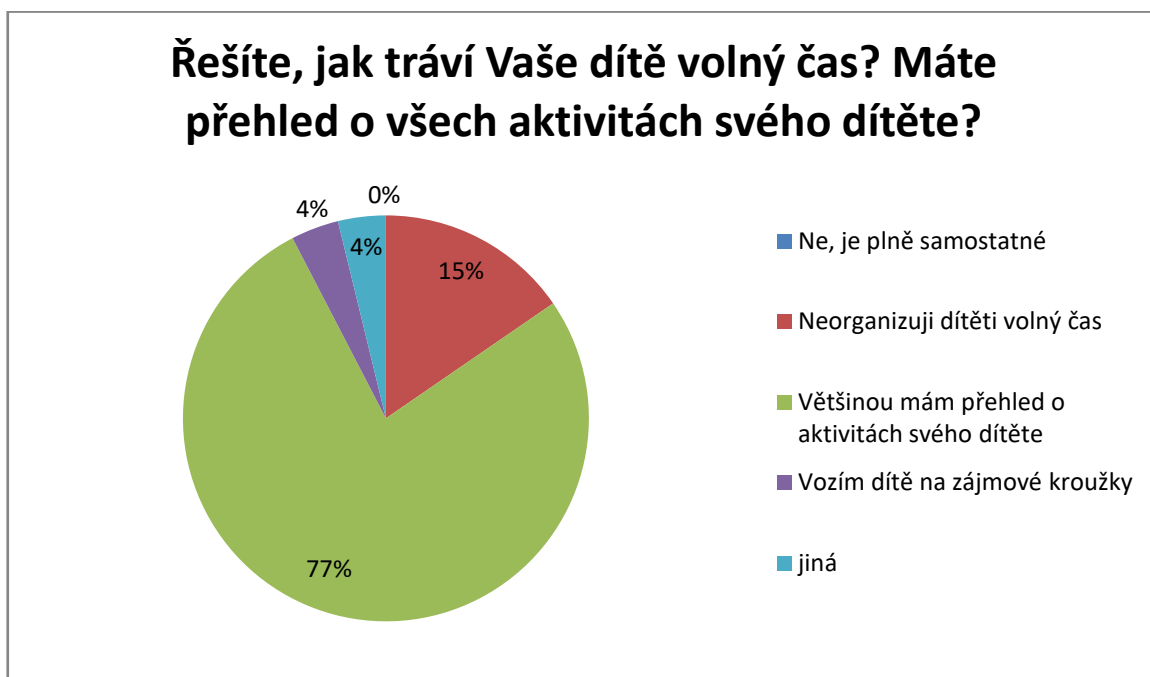
Nejfrektovanější byla možnost spíše ano, kterou vybralo 15 respondentů (58 %). 7 respondentů (27 %) odpovědělo, že občas a 4 (15 %) ano. Nikdy a jinou odpověď nevyužil žádný.

Graf k otázce č. 5 „Plánujete společně s dítětem další jeho vzdělávání po ukončení ZŠ?“



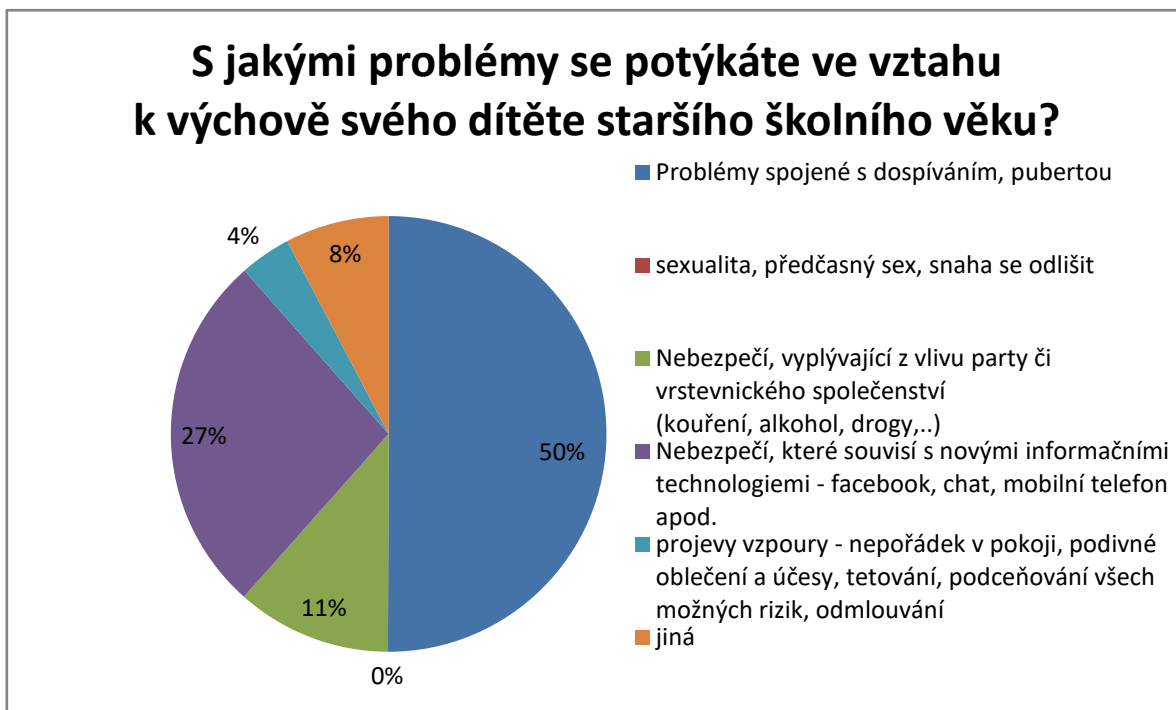
Nejzastoupenější odpovědí bylo, že podporují své dítě ve vzdělání a motivují ho k chuti do studií, což tvrdí 14 respondentů (54 %). 11 respondentů (42 %) se vyjádřilo, že reagují na zájem a vzdělávací možnosti svého dítěte a 1 respondent (4 %) uvedl, že to neřeší a využije poradenských služeb v rámci školy.

Graf k otázce č. 6 „Řešíte, jak tráví Vaše dítě volný čas? Máte přehled o všech aktivitách svého dítěte?“



4 respondenti (15 %) odpověděli, že svému dítěti neorganizují volný čas, 20 dotazovaných (77 %) má většinou přehled o aktivitách svého dítěte, 1 rodič (4 %) vozí dítě na zájmové kroužky a 1 respondent (4 %) uvedl jinou odpověď, a to že má přehled o aktivitách a zároveň dítě vozí na kroužky.

Graf k otázce č. 7 „S jakými problémy se potýkáte ve vztahu k výchově svého dítěte staršího školního věku?“



Na tuto otázku se objevily velmi rozmanité odpovědi. 13 respondentů (50 %) volilo první odpověď, tedy problémy spojené s dospíváním a pubertou. 7 rodičů (27 %) se potýká s nebezpečím souvisejícím s novými informačními technologiemi, jako jsou facebook, chat, chytré mobilní telefony apod. 3 respondenti (11 %) zvolili nebezpečí vyplývající z vlivu party či vrstevníků. 2 (8 %) respondenti uvedli, že nemají zatím žádné problémy.

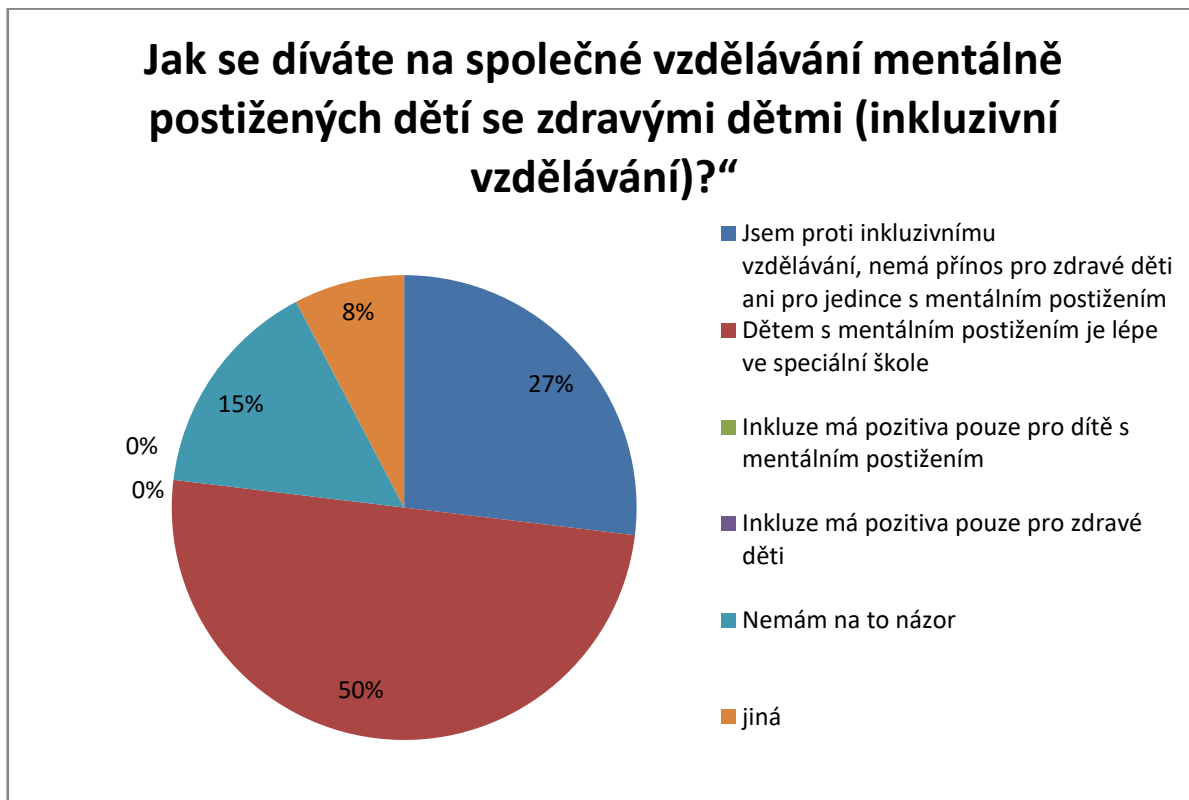
Graf k otázce č. 8 „Vzdělávání se ve třídě, kterou navštěvuje Vaše dcera (syn) dítě s mentálním postižením? Případně jiným zdravotním postižením?“



Po zhodnocení výsledků nejvíce respondentů (61 %) odpovědělo, že do jejich třídy nechodí žádné dítě s postižením. Tuto odpověď uvedlo 16 respondentů. 7 uvedlo (27 %), že mají někoho takového ve třídě. 1 rodič (4 %) to neví, 1 respondent (4 %) tuto problematiku neřeší.

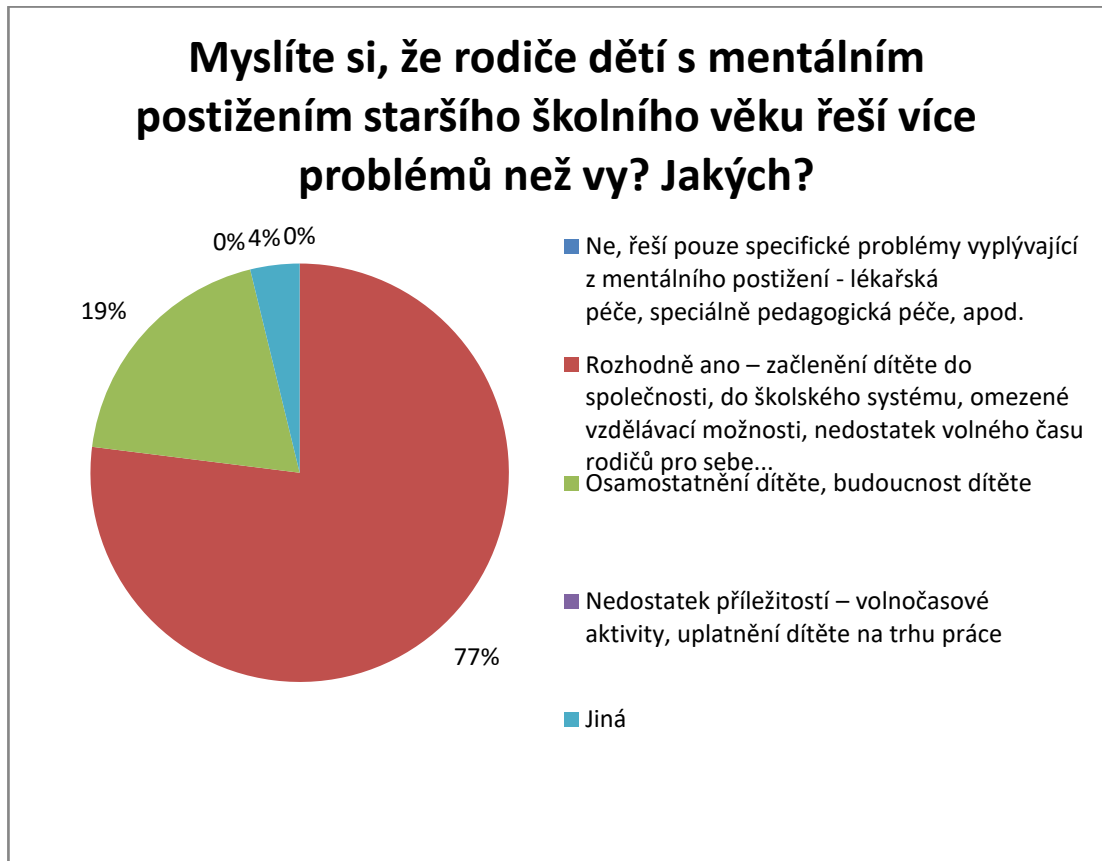


Graf k otázce č. 9 „Jak se díváte na společné vzdělávání mentálně postižených dětí se zdravými dětmi (inkluzivní vzdělávání)?“



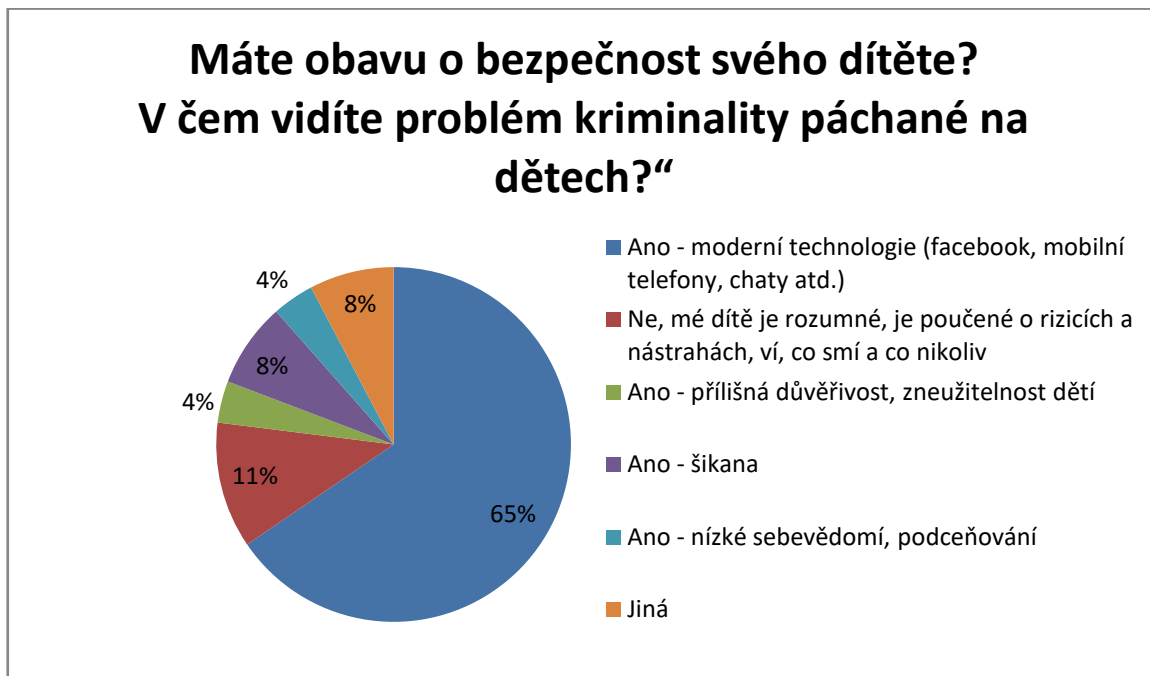
Z reakce 26 rodičů (50 %), jež odpověděli na tuto otázku, vyplynulo, že dětem s mentálním postižením je lépe ve speciální škole. 7 respondentů (27 %) je dokonce proti inkluzi. 4 dotázaní (15 %) na to nemají názor a 2 respondenti (8 %) uvedli jiné odpovědi, a to: „*Jsem pro, ale je třeba to řešit individuálně*“ a „*Pokud se dělá dobře, tak je přínos pro všechny*“.

Graf k otázce č. 10 „Myslíte si, že rodiče dětí s mentálním postižením staršího školního věku řeší více problémů než vy? Jakých?“



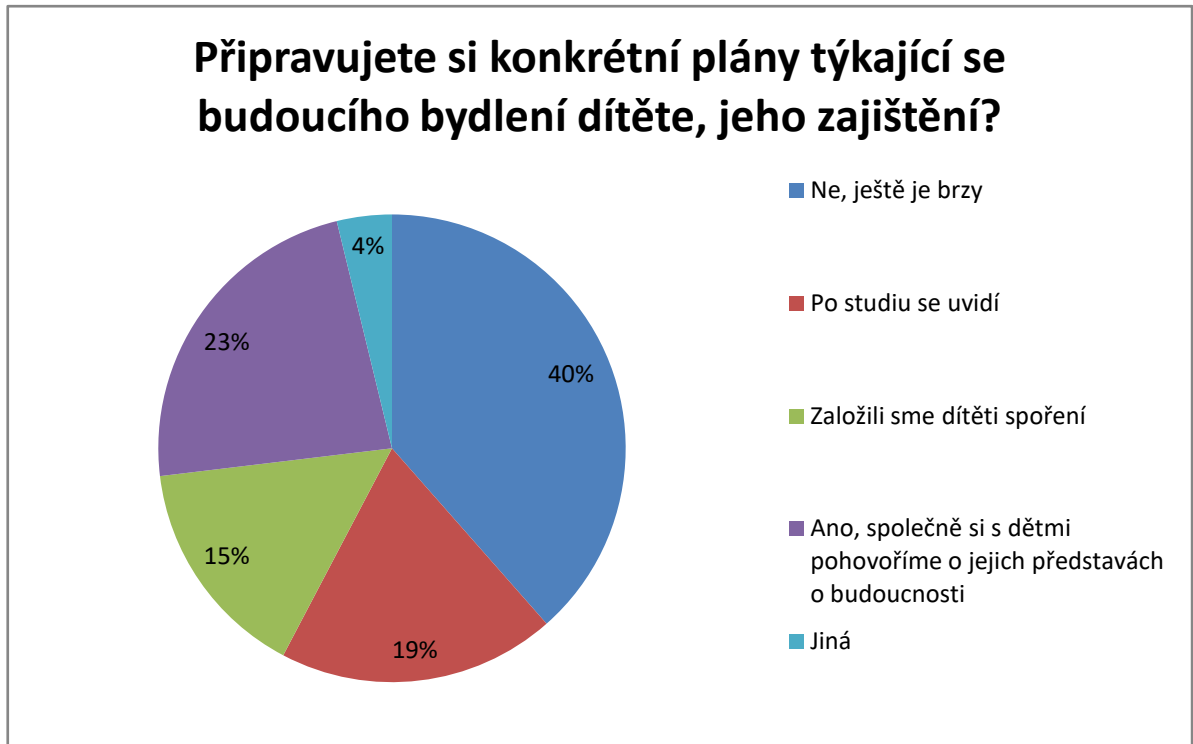
Nejčastěji respondenti volili odpověď, že rozhodně ano. Na té se shodlo 20 dotázaných (77 %). 5 respondentů (19 %) zvolilo osamostatnění dítěte a poslední (4 %) uvedl všechny varianty.

Graf k otázce č. 11 „Máte obavu o bezpečnost svého dítěte? V čem vidíte problém kriminality páchané na dětech?“



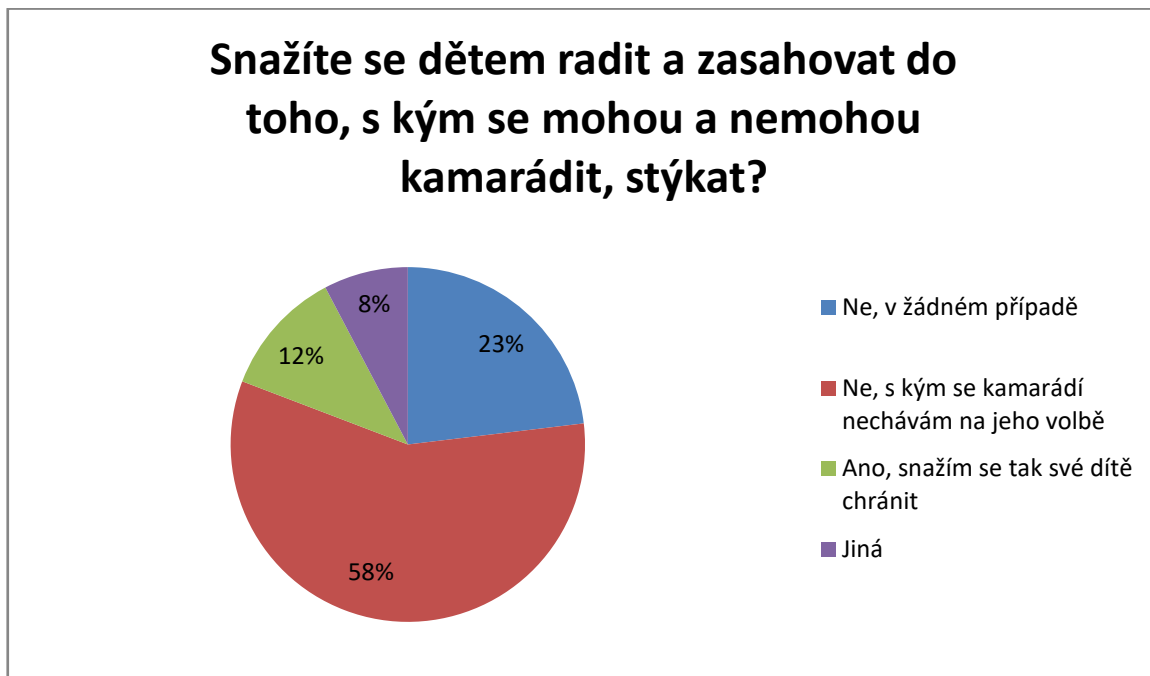
Většina respondentů uvedla, že mají o své dítě strach. Pouze 4 respondenti (11 %) obavu nemají. 1 rodič (4 %) uvedl od každého trochu.

**Graf k otázce č. 12 „Připravujete si konkrétní plány týkající se budoucího bydlení dítěte, jeho zajištění?“**



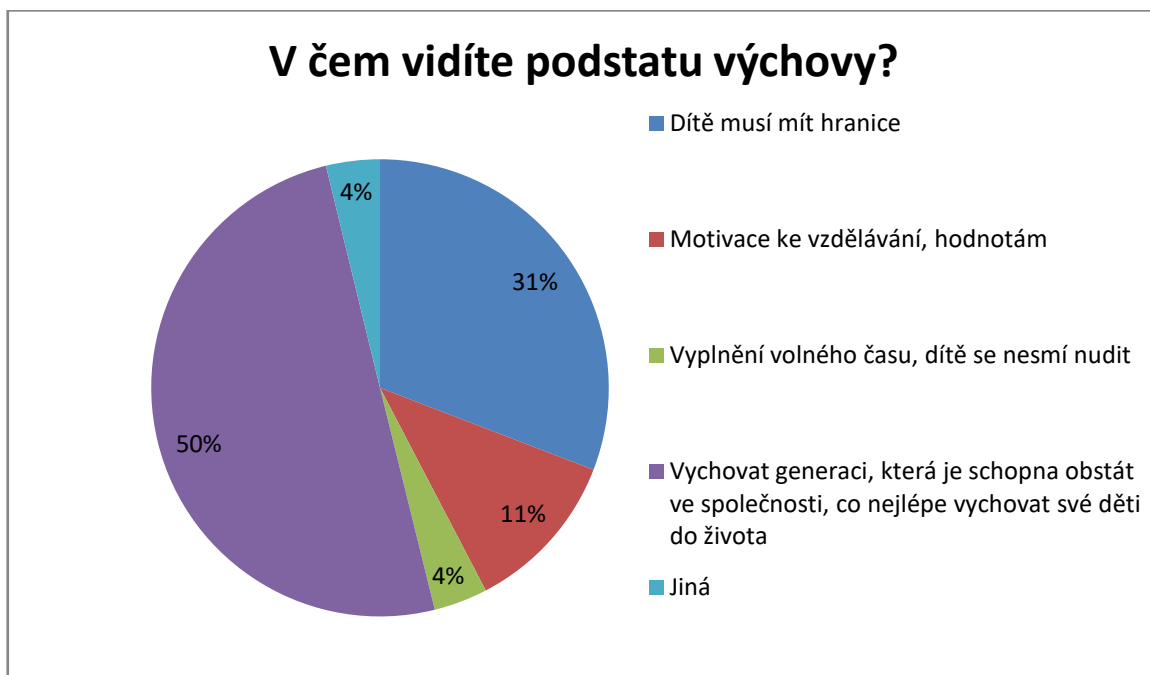
Více jak polovina respondentů tuto otázku ještě neřeší. 10 dotázaných (40 %) říká, že je ještě brzy a 5 rodičů (19 %) počká, až dítě dostuduje. 4 z dotazovaných (15 %) odpověděli, že založili dítěti stavební spoření a dalších 6 (23 %) již společně se svými potomky probírá jeho představy o budoucnosti. Poslední respondent uvedl, že je ještě brzy, ale založili stavební spoření a o představách si společně povídají.

Graf k otázce č. 13 „Snažíte se dětem radit a zasahovat do toho, s kým se mohou a nemohou kamarádit, stýkat?“



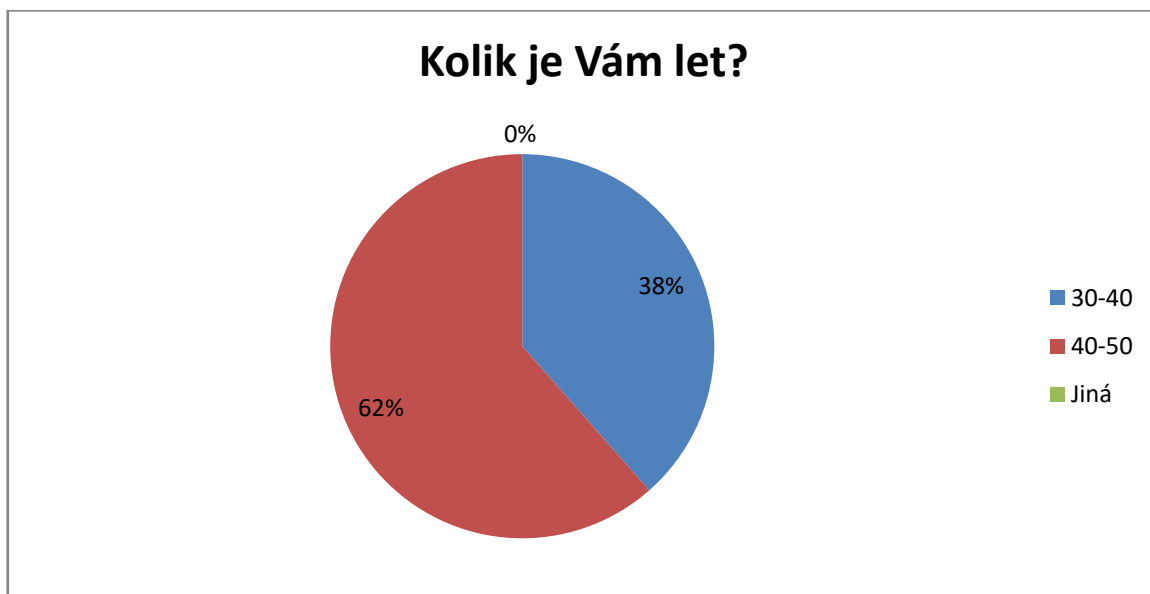
Více jak polovina respondentů (58 %) nechává na svém dítěti, s kým se bude kamarádit. 3 respondenti (12 %) se snaží své dítě chránit a v důsledku toho zasahují do jejich vztahů. 2 (8 %) se snaží poradit, ale rozhodnutí nechají na dětech.

Graf k otázce č. 14 „V čem vidíte podstatu výchovy?“



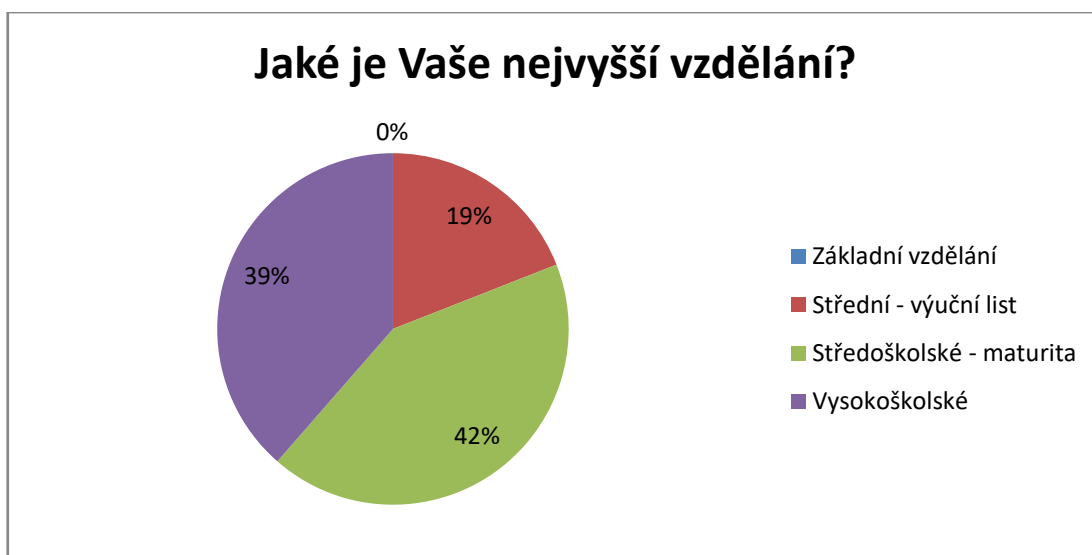
Polovina dotázaných respondentů (50 %) odpověděla, že se snaží vychovat generaci, která je schopná obstát ve společnosti co nejlépe. 8 rodičů (31 %) uvedlo, že je důležité, aby mělo dítě hranice. Pro 3 (11 %) je nutná motivace ke vzdělání a hodnotám. 1 rodič (4 %) uvedl, že podstatou je vyplnění volného času a poslední (4 %) preferuje všechny možnosti dohromady a vlastní životní vzor.

**Graf k otázce č. 15 „Kolik je Vám let?“**



16 respondentů (62 %) je ve věku 40-50 let, zbylých 10 (38 %) je mezi 30 – 40. Starší či mladší není žádný z dotazovaných.

**Graf k otázce č. 16 „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“**



Nejvíce respondentů (42 %) má středoškolské vzdělání s maturitou, celkem 11. 10 dotázaných (39 %) jsou vysokoškoláci a 5 (19 %) má výuční list.

## 7 Zhodnocení naplnění cílů, hypotéz a výzkumných otázek

V diplomové práci jsou stanoveny dílčí cíle, k nimž jsou definovány výzkumné otázky. Jsou zkoumány možnosti edukace dětí staršího školního věku s mentálním postižením, jejich osamostatnění, výhledy do budoucnosti těchto jedinců a možná speciálně pedagogická intervence, kterou jim zajišťují rodiče. Cílem bylo také poukázat na životní realitu rodin dospívajících dětí s mentálním postižením.

V teoretické části diplomové práce jsou definovány možnosti a spolupráce školy, rodiny, pracovníků školských poradenských zařízení a dalších odborníků ve vztahu k osamostatnění jedince s mentálním postižením a dalšímu profesnímu vzdělávání těchto jedinců a v empirické části jsou tyto cíle zkoumané v praxi, prostřednictvím zkušeností vybraných rodičů, vychovávajících potomka této cílové skupiny.

Dále jsou v praktické části diplomové práce popsány přístupy a názory rodičů dětí staršího školního věku s mentálním postižením ke vzdělávání a speciálně pedagogické intervenci, kterou rodiče dítěte s mentálním postižením zajišťují. (viz kapitola 4) A následně v empirické části prověřováno prostřednictvím zkušeností rodičů, kterých se problematika týká. (viz kapitola 5.11)

Nechybí ani komparace potřeby plánování budoucnosti svého dítěte očima matek dětí s mentálním postižením a matek, které vychovávají dítě staršího školního věku bez postižení, je provedena a výsledky jsou zhodnoceny. (viz kapitola 7.2) Všechny tři dané hypotézy byly ověřeny a jsou potvrzeny, žádná z hypotéz není v rozporu. (viz kapitola 7.2)

Byly ověřeny následující hypotézy:

H 1: Více než 75% rodičů dětí staršího školního věku mají povědomí o limitujících možnostech dětí s mentálním postižením téhož věku v oblasti zdravotní, sociální, výchovné i vzdělávací.

H 2: Více než 75% rodičů intaktních dětí neorganizuje svým dětem volný čas.

H 3: Více než 75% rodičů intaktních dětí, staršího školního věku, nemají zatím potřebu plánovat budoucnost svého dítěte.

Stanovené výzkumné cíle byly naplněny prostřednictvím empirického sběru dat, který vychází ze subjektivního hlediska rodin, v nichž vyrůstají jedinci s mentálním



postížením. Podařilo se vzbudit aktivní zájem respondentů hovořit o tématu a konverzovat. Následně je provedena interpretace získaných dat s analýzou obsahu rozhovorů.

## **7.1 Analýza obsahu rozhovorů**

Podařilo se vzbudit aktivní zájem respondentů hovořit o tématu a konverzovat. Následně byla provedena interpretace získaných dat s analýzou obsahu rozhovorů

### **7.1.1 Budoucí očekávání – obavy**

Cílem diplomové práce bylo popsat vizi rodičů při plánování budoucnosti dítěte staršího školního věku s mentálním postižením. Většina oslovených matek, které mají dítě staršího školního věku, vyslovila obavu vycházející z nejisté budoucnosti jejich potomků a mají tendenci ji řešit, plánovat či se radit s odborníky.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením uvádí: *„Zachovávám si stále optimistický výhled do budoucnosti, i když někdy se o to jen snažím. Musím říct, že čím jsem starší, tím jsem získala asi větší nadhled a dokážu si lépe poradit s překážkami a aktuálními problémy. Chtěla bych, aby se Pavlík co nejvíce osamostatnil, dokázal se o sebe postarat. Často mi říká: Mamísku, ještě, že mě máš, vid'? A má pravdu! A možnost pracovního uplatnění je další neznámou.“* (Rodina č. 1)

### **7.1.2 Inkluze a speciální vzdělávání očima matek dětí staršího školního věku s mentálním postižením**

Otázky týkající se inkluze vyvolaly doslova rozhořčení. Všichni oslovení rodiče se k ní staví vesměs negativně. Jejich postoj většinou vychází z empirické zkušenosti. Většina dotazovaných rodičů dětí s mentálním postižením se setkali s nepochopením ze strany běžné školy, a to jak jejího vedení, tak pedagogů, a v neposlední řadě

i samotných intaktních žáků, což mělo nepříznivý vliv na prožívání a chování jedinců s mentálním postižením. Často čelili posměchu a nepatřičným poznámkám.

Všechny dotázané matky dětí s mentálním postižením se vyjádřili souhlasně k tématu společného vzdělávání - inkluze. Říkají, že mají negativní zkušenost nejen s přístupem vedení a neochotou pedagogů základních škol, ale i matek intaktních dětí, které se domnívají, že edukační proces probíhá na úkor jejich dětí. Děti s mentálním postižením ostatní spolužáky zdržují v dalším rozvoji a vzdělávání. Matky dětí s mentálním postižením ale také uvádějí, že se jejich děti mezi intaktními vrstevníky necítily dobře a i přes veškerou snahu jim nestačily, byly stresovány, nezažily pocit úspěchu. V důsledku toho začalo docházet k upozorňování na sebe, zpravidla problémovému chování.

Všechny matky jsou ve shodě, že speciální školství jejich potomkům nabízí kvalitní způsob vzdělávání. Jejich dětem vyhovují jiné postupy, formy a metody práce, které aplikují speciální pedagogové, kteří vědí, co dělají, kam směřují a jaký to má smysl. Dále nižší počet dětí ve třídě, speciálně upravené prostředí apod.

Většina rodičů se aktivně zajímá o edukační strategie, které poté využívá i v domácím prostředí. Většina matek se ztotožňuje s názorem, že je vhodné, aby se jejich potomek vzdělával co nejdéle a měl tak zajištěnou speciálně pedagogickou intervenci.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním přispěla k tématu takto:

*„Každé dítě s mentálním postižením má stejné potřeby, jako každé jiné. Tedy, mít kamarády, být přijímáno, oceňováno, učit se a být součástí kolektivu. Syn, byl integrován na prvním stupni základní školy do malotřídní vesnické školy. Tenkrát měl pouze nálepku lehká mentální retardace. Platili jsme si osobní asistentku. Statečně jsme rok a půl čelili nepochopení, posměchu, stížnostem na chování syna a v neposlední řadě také šikaně. Naprosto chyběla osvěta zúčastněných, jakákoliv změna v jejich přístupu, ochota, včetně požádání o zřízení funkce asistenta pedagoga a nedostatečné informovanosti učitele o tom, jaké dítě jim přijde do třídy.” (Rodina č. 1)*

Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením shodně říkají: „*Simonka chodí do základní školy speciální v Chlumci nad Cidlinou. Škola Simonku baví. Dcera je zbrklá a to doslova ve všem co dělá, takže i ve škole. Proto dělá chyby. Cokoliv ji rozhodí a reaguje nepřiměřeně dané situaci.*“ (Rodina č. 2)

Matka patnáctiletého Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením říká: „*Jak nahlížím na vzdělávání? Když se řekne inkluze, nejdřív se rozčilím a pak se začnu smát. Společný vzdělávání ano, ale rozhodně ne pro každého a koho zajímá zájem dítěte? Ach jo... Tomáš pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu. Už je v devátém ročníku speciální základní školy. Se školou má problémy, ale je šikovný na ruce. Jsem ráda, že ve škole dělají praktický činnosti do života, to, co mu bude k něčemu platný a využije to.*“ „*Budu určitě podporovat, aby chodil co nejdýl do školy, každý rok dobrý a pak se budu snažit, abysme našli nějaký uplatnění i na trhu práce, ale to bude určitě oříšek. Chráněný dílny nebo možnost podporovaného zaměstnání je určitě výborná věc, ale v blízkosti našeho bydliště o ničem takovým nevím.*“ (Rodina č. 3)

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem sděluje: „*Katka chodí do základní školy speciální, blízko našeho domova. Zvládá základní matematické úlohy, dobře čte, ale zatím bez porozumění. Ráda zpívá, tleská si do rytmu, a tancuje. Pouští si písničky. Je snaživá. Při výtvarné a pracovní výchově nezvládá pracovat samostatně.*“ (Rodina č. 5)

Matka patnáctileté Jany, s těžkou mentální retardací se vyjadřuje takto: „*Zahájení školní docházky pro mě bylo doslova peklo. Ztratila jsem veškerý iluze o jakýkoliv pomoci. Dcera si na školu nezvykla. Škola Janě nebyla schopna zajistit základní potřeby, například jídlo, pití, odsátí hlenu z plic a tak. Tohle trápení trvalo asi rok, pak jsem si k dceři sehnala osobní asistentku. Teprve babička Jany a asistentka se o ni uměli spolehlivě postarat.*“ (Rodina č. 6)

Jedincům s lehkým mentálním postižením se rozšířily možnosti vzdělávání v běžných základních školách s využitím podpůrných opatření. Krásná věta, která doslova děsí téměř všechny rodiče, kteří takovéto dítě vychovávají. Vždyť rodiče

jsou přece skutečně ti, kteří své dítě znají nejlépe a právě oni pro něho chtějí to nejlepší.

### 7.1.3 Socializace jedinců s mentálním postižením

Starost rodičům dělá socializace jejich potomka s mentálním postižením. Většina dotazovaných matek popírá záměrnou izolaci svého dítěte od intaktních vrstevníků. Naopak často uvádějí, že nechtějí, aby jejich dítě sedělo jen doma. Zároveň však akcentují nedostatek a nedostupnost vhodných volnočasových aktivit v různých zařízeních či v rámci sociálních služeb.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením uvádí: *„Pavlík chodí rád mezi děti, snažím se, aby se s námi účastnil všech možných rodinných aktivit. Nechci, aby byl můj syn jen doma. Chodíme spolu ven, do restaurace, podnikáme výlety, jezdíme na návštěvy apod. Mou snahou je jeho maximální socializace. Nestydím se za něho! Chodí velmi rád do školy, kde má kamarády. Má i tzv. „nejlepšího“ kamaráda Páju. Pomáhá mi s péčí o jeho malou sestřičku, Johanku, na kterou je velmi fixovaný a ona mu to oplácí svou náklonností. Často si spolu hrají, čte ji říkanky a ukazuje obrázky v dětských knížkách. Vidím v tom oboustranný přínos.“* (Rodina č. 1)

Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením souhlasně říkají: *„Chodí do speciální základní školy a je tam spokojená. Těší se na kamarády, i když oni se jí někdy posmívají kvůli tomu, jak vypadá. Simča je silnější a má hodně kudrnatý hustý vlasy. Simonce to je ale našťěstí jedno.“* (Rodina č. 2)

Matka patnáctiletého Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením říká: *„Hlavní mojí snahou je neizolovat ho od ostatních. Pak jsem si přečetla hodně knih o ADHD, abych našla způsob, jak předejít nepříjemnostem ze strany okolí a pomohla Tomášovi vyřešit různé situace jinak, líp.“* (Rodina č. 3)

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem prozrazuje:

*„Výchova a přístup k dceři pro nás znamená – nevyčleňovat ji! Chodíme mezi zdravé děti, na hřiště. Katka je společenská, má šrumec kolem sebe ráda. Má mladšího bratra, který ji táhne kupředu a pomáhá jí. Mají spolu krásný vztah.“* (Rodina č. 5)

#### **7.1.4 Osamostatnění se jedinců s mentálním postižením**

Většina matek dospívajících dětí s mentálním postižením se shoduje, že je třeba myslet na budoucnost, vést své „velké“ děti k co největší samostatnosti a postupně začít řešit jejich život v dospělosti.

Každý člověk se v určitém věku touží osamostatnit a pokusit se starat o domácnost a „žít svůj normální život“, navzdory tomu, jestli má postižení či nikoliv. U jedinců s mentálním postižením to není jinak, proto někteří rodiče uvažují i o možnosti chráněného bydlení.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením sděluje: *„Budoucnost je pro mne děsivá, ale aktuálně k výchově syna přistupuji s vědomím, že je potřeba připravit ho pro život. Vedu ho postupně k co největší samostatnosti při sebeobslužných činnostech a pomoci při běžných domácích pracech a povinnostech. Trénujeme zapínání zipu u bundy, navlékání ponožek, aby byla pata na patě, ale nedaří se zatím ani takový samozřejmosti, jako je třeba umět se vysmrkat, kýchnout si do kapesníku nebo si dát alespoň ruku před pusou nebo najíst se přiborem a nezamazat se u toho. Věřím ale, že se nám to společnými silami podaří.“* (Rodina č. 1)

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením se vyjadřuje takto: *„Teď se soustředím na to, aby byl co nejvíce samostatný, zvládal návyky. Dokonce máme i sepsaný plán domácích prací. Každý den ví, co ho čeká, co má udělat a ještě má pocit důležitosti, zodpovědnosti a užitečnosti. Udělali jsme si tak určitý rituály.“* (Rodina č. 4)

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem uvádí: „*Vedeme ji k soběstačnosti a samostatnosti v rámci možností, aby se byla schopna postarat sama o sebe a obstat v dnešní společnosti.*“ (Rodina č. 5)

### **7.1.5 Plánování budoucnosti jedinců s mentálním postižením**

Vybraní rodiče přemýšlí o možnostech zajištění dalšího vzdělávání potomků s mentálním postižením po ukončení základního vzdělávání, o bydlení, ekonomickém zabezpečení, možnosti jejich uplatnění na trhu práce. Některé oslovené matky však plánování budoucnosti záměrně neřeší a vyhýbají se odpovědím na otázky, související s budoucností. Tato tendence však vychází spíše ze strachu a nejistoty matek dětí s mentálním postižením.

Všichni oslovení rodiče si shodně přejí, aby měli jejich děti možnost pokračovat ve speciálně pedagogické péči i po ukončení vzdělávání a budou podporovat vzdělávání dětí co nejdéle, až do 26 let.

Někteří, pro své děti, mají vidinu chráněného bydlení, ale zároveň jim připadá nereálná. A to zejména z finančních důvodů či dlouhých čekacích lhůt na umístění. Rodiče by nejraději naplánovali budoucnost svého potomka tak, aby si po mnoha letech mohli žít svůj vlastní život, a to s vědomím, že udělali maximum, a že je o jejich dítě s mentálním postižením dobře postaráno. Mnoho z nich zatím však na budoucnost nahlíží černě. Někteří dokonce uvádí, že je to jejich noční můra.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením se svěřuje:

*„Vlastně vůbec nevím, co s ním bude po ukončení školní docházky. Rád vaří, ale jestli se mu splní „sen“ stát se kuchařem, to je velká neznámá. Zatím má prodlouženou docházku ve speciální základní škole v Chlumci nad Cidlinou o dva roky.“* (Rodina č. 1)

Matka patnáctiletého Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením uvádí: „*Nevím, co s ním bude, až skončí školu. Je sice šikovný, ale bude to stačit? Zaměstnají ho někde? Poradili nám ve škole, tak uvidíme. Chtěla bych, aby chodil*

*do školy co nejdéle. “ Půjde na jednoletou školu praktickou, asi. Chci, aby se sám cejtil užitečnej a aby se na něho nikdo nekoukal skrz prsty. “ (Rodina č. 3)*

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením uvádí: *„Mám strach z každého dalšího školního roku. Praktický školy se postupně, ale nekompromisně likvidují, poradny tyhle děti doslova tlačí do inkluze, asi mají nařízení, a my, rodiče jsme z toho na prášky. “ Vždyť je to nedomyšlený! Komu to prospívá? ..nikomu a už vůbec ne Honzovi! “ (Rodina č. 4)*

Matka patnáctileté Jany, s těžkou mentální retardací se k tématu vyjádřila takto: *„Často slyším, ty se vyhýbáš jakýmukoliv plánování, vím, že je nejvyšší čas řešit budoucnost. Postarám se o svou dcerku co nejdéle, dokud budu moct. “ (Rodina č. 6)*

#### **7.1.6 Obavy stárnoucích rodičů související nejen se zdravotním stavem**

Budoucí očekávání některých dotazovaných rodičů a zároveň obavy, souvisí se zdravotním stavem stárnoucích rodičů a následnou péčí o jejich potomka. Přemýšlí o možnosti chráněného bydlení. Řeší možnou situaci, že se o něj bude muset jednou postarat zdravý sourozenec či dojde na ústavní zařízení. Rodiče si stěžují na nedostatek času, vyčerpání a únavu.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením trápí: *„Často přemýšlím i o chráněném bydlení, ale ne z důvodu jeho „odložení“ pryč, nebo z důvodu mého zdravotního stavu, spíše z pohledu toho, že se by se tam pokusil žít tzv. normálně. Každý člověk v určitém věku touží po osamostatnění se (v jeho případě samozřejmě s ohledem na jeho možnosti). Byl by tam ve společnosti, naučil by se „starat“ o domácnost, cítil by se užitečný. A taky by tam měl nějaké vyžití, volnočasové aktivity apod.*

*Je to ale strašně důležité rozhodnutí, chtěla bych ho mít stále u sebe. Pomáhá mi s domácími pracemi, vařit, utírat prach, uklízet, zametat, vozí dřevo, kope na zahradě do balónu, hraje si s malou sestřičkou a já vidím, že je šťastný. “ (Rodina č. 1)*

Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením shodně říkají: „*Už máme nějaký ten věk, tak přemýšlíme o pečovatelském domě nebo chráněným bydlení. Neumíme si to ale představit. Chtěli bysme bydlet se Simonkou napořád.*“ (Rodina č. 2)

### **7.1.7 Role zdravého sourozence v rodině**

Zároveň je tíží nelehká role zdravého sourozence v rodině a dopady postiženého sourozence na něj, na jeho psychiku. Pro zdravého sourozence takovéto soužití představuje velkou zátěž a celou situaci vnímá jinak než rodiče. Vytvoření skutečné vztahové symetrie mezi sourozenci je často nemožné. Mnohdy musí čelit posměškům či netaktním komentářům ze strany svých vrstevníků a přirozeně dochází ke studu a dokonce i k pocitům viny za svého mentálně postiženého sourozence. Zdravý sourozenec často nese stigma rodiny jako vlastní. Právě v rukou rodičů je, aby celou situaci včas korigovali, a to zejména vhodným přístupem, vytvořením přiměřeného vztahu, přijatelnými nároky, porozuměním, výchovou a péčí.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením se svěřuje: „*Starost mi dělají ale i sourozenci Pavlíka, zejména o dva roky mladší sestra. Přestože jsem se snažila rozdělit svou péči a lásku mezi je všechny, bojím se, aby mi jednou nevyčetli, že jsem na ně neměla čas, že byli upozaděný, že neměli tolik pozornosti jako syn s postižením apod. A právě oni se třeba jednou postarají...*“ (Rodina č. 1)

Matka patnáctileté Jany, s těžkou mentální retardací říká: „*Nechci s péčí o Janu nikoho moc zatěžovat, ani staršího bratra, ten už to takhle nemá lehký, musí se nějak „protlouct“ sám, protože na něj není čas. A vzhledem k těžkému stupni mentálního postižení dcery si myslím, že to není ani dobrý.*“ (Rodina č. 6)



### **7.1.8 Otázky týkající se manželství a případného rodičovství jejich dítěte s mentálním postižením**

Rodičovství ano či ne? Všichni oslovení rodiče jsou ve shodě, že manželství a případné rodičovství jejich potomka s mentálním postižením je složité, že si jej neumí ani představit. Matky dospívajících dcer s mentálním postižením mají strach z případného početí dítěte jejich dítětem s mentálním postižením. Tato problematika pro ně představuje nepředstavitelné dilema. Přestože bychom se měli dívat na mateřství žen s mentálním postižením v kontextu lidských práv. Postoje rodičů jsou spíše odmítavé. Důvody jsou různé. Někteří rodiče zmiňují ekonomické a sociální faktory, jiní předsudky, obavy ale především zodpovědnost?!

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením říká:

*„Neumím si představit, že by si syn našel partnerku, oženil se a stal se otcem. Asi by musel mít partnerku, která má též mentální postižení a pak bych měla strach z toho, že se v rámci genetické zátěže narodí dítě s postižením a sama vím, jaká je to zátěž pro rodinu. V tomto případě by děti vychovávaly děti. A myslím si, že by to bez podpory dalších osob nezvládli.“ (Rodina č. 1)*

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem uvádí:

*„Rodičovství? To si neumím představit, vždyť se neumí postarat ani sama o sebe. Jedině, že by měla asistentku, která by ji s dítětem pomáhala nebo bych zastávala já roli matky a babičky v jednom.“*

(Rodina č. 5)

### **7.1.9 Problematika pubescentního věku dětí s mentálním postižením**

Některé matky aktuálně řeší problematiku pubescentního věku, zvýšený sexuální pud svého dítěte s mentálním postižením, masturbaci, přičemž řešení vzniklé situace je pouze na nich. Nelehkým úkolem pro ně zůstává, jak dítěti vysvětlit, že existují určité sociální hranice. Sami však přiznávají, že o této problematice s jejich dospívajícími dětmi nemluví, vzniká tedy informační deficit, který má za následek například masturbaci jejich dětí na veřejnosti či ve škole.

Intaktní dospívající si o sexualitě zjistí leccos sami či z časopisů, od kamarádů, ale děti s mentálním postižením nikoliv. Přitom je třeba brát ohled na jejich sexuální potřeby, vysvětlit dcerám, že budou mít menstruaci a chlapci noční poluci, že kamarádství není láska, a že masturbace patří do soukromí.

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem uvádí: „*Hází s ní puberta. Trápí mě, jak to bude jednou mít s partnerstvím. Aktuálně řešíme zvýšenou sexuální potřebu, nevím co s tím.*“ *Neumím si představit, že by jednou Katka měla dítě.*“ (Rodina č. 5)

#### **7.1.10 Nedostatečná podpora rodin dětí s mentálním postižením a nedostupnost adekvátních služeb**

Z výpovědí matek dospívajících dětí s mentálním postižením plyne také negativní zkušenost s komplexní podporou, která je dle jejich sdělení nedostatečná. Veškeré informace o vhodné intervenci si musí sehnat sami, k čemuž jim slouží převážně internet.

Pokud v rodině nikdo nevlastní řidičský průkaz na automobil, musí řešit i problematiku spojenou s nedostupností potřebných služeb v oblasti lékařské, sociální, speciálně pedagogické, volnočasových aktivit pro děti s mentálním postižením apod.

Minimum rodičů využívá podporu a pomoc v podobě nabídky služeb pro tuto cílovou skupinu, a to zejména proto, že se žádné potřebné sociální služby v okolí jejich bydliště nevyskytují nebo z důvodu ekonomických. Zmíněna byla i absence poradenského zařízení, ve kterém by působili odborníci, kteří by matkám takto postižených dětí pomáhali řešit jejich aktuální problémy a celkovou rodinnou situaci. Upozorňují na to, že každodenní problémy, kterým tzv. jiné rodiny čelí, není s kým řešit. Speciálně pedagogická centra se zabývají převážně vzděláváním.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením říká:

*„Přála bych si, abychom společně našli nějaké denní zařízení, kde by nadále pokračoval ve speciálně pedagogické péči a měl tam svou komunitu vrstevníků. Případně by tam mohl absolvovat i různé terapie. Třeba canisterapii. Chtěla bych*

*také co nejplnohodnotněji naplnit jeho volný čas, nicméně v blízkosti našeho bydliště není žádné zařízení, které by takovéto služby poskytovalo. Mentální deficit je v tomto ohledu průšvih. Popravdě řečeno ale nevím, proč by třeba nemohl navštěvovat kroužek keramiky v rámci Domu dětí a mládeže, ale tam „takovéhle“ děti zkrátka nechtějí.“ (Rodina č. 1)*

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem uvádí:

*„Mohu se obrátit na speciálně pedagogické centrum, ale to řeší ale spíše vzdělávání, ale ne naše aktuální problémy, které zažíváme každodenně doma. Ty s námi nikdo neřeší.“ (Rodina č. 5)*

### **7.1.11 Zajištění vhodné intervence**

Většina rodičů svorně tvrdí, že si musí vše potřebné získat svépomocí a následně i zajistit, včetně možné intervence pro své dítě staršího školního věku s mentálním postižením. Někteří rodiče uvádějí, že intervenci musí i financovat. Nejvíce uváděnou využívanou intervencí je zajištění logopedické péče, převážně ve formě individuální, přičemž je v této oblasti nezbytná kooperace rodičů. V rámci školy mají děti většinou možnost navštěvovat různé terapie – dramaterapie, canisterapie, arteterapie, muzikoterapie. V některých školách se využívají pouze prvky těchto terapií. Rodiče, kteří pečují o dítě s těžkým mentálním postižením, využívají různých podpůrných terapií – snoezelen, bazální stimulaci, výcvik sebeobsluhy na který dochází do komunitního centra apod. Shodují se, že musí své děti denně dopravovat do školy, denního stacionáře a dle potřeby jim zajišťovat návštěvy u lékařů a dalších odborníků.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením říká: *„Syn chodí do Speciální základní školy v Chlumci nad Cidlinou. Jednou měsíčně docházíme na logopedii. Dále je v péči foniatra, neurologa, psychiatra, psychologa atd. V rámci školy se syn účastní canisterapie. Do vzdělávání škola zařazuje prvky arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a ergoterapie. Ředitelka nám nabídla možnost prodloužení docházky syna do této základní školy o dva roky. Samozřejmě jsme měli dilema, jestli by pro syna nebylo vhodnější, kdyby chodil do jednoleté nebo*

*dvouleté školy praktické. Ale po zvážení pro a proti jsme souhlasili a syn byl po sdělení našeho rozhodnutí nadšený. Budu podporovat syna ve vzdělávání a speciálně pedagogické intervenci co nejdéle, klidně až do 26 let. (Rodina č. 1)*

Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením ve shodě uvádějí: *„Doprovázíme dceru na různé vyšetření, psychologický, speciálně pedagogický, chodíme na logopedii a neurologii.*

*Ve škole se věnuje rozvoji řeči a pak chodíme ještě ke klinickému logopedovi. Největším problémem je chování dcery. Výchovné problémy řešíme ve škole a radíme se s odborníky. Na jejich radu dodržujeme určitý zásady, pravidelný režim spánku, odpočinku. Zadáváme jasné úkoly a často chválíme za sebemenší úspěch. (Rodina č. 2)*

Matka patnáctiletého Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením říká: *„Syn chodí do deváté třídy, speciální základní školy, kde pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu.*

*Jakou intervenci zajišťují? Na žádné terapie nechodíme. Jen ho vozím každodenně do školy, chodím s ním na různá vyšetření, k neurologovi, dětskému psychiatrovi, psychologovi, logopedovi apod.*

*Už umím předvídat, kdy nastane problém, snažím se mu prostě předejít.”*

*Doma se snažím strukturovat prostředí. Jednotlivé činnosti mají své místo.” (Rodina č. 3)*

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením sděluje: *„Pravidelně s ním chodím na lékařské prohlídky, různé vyšetření, k dětskému psychiatrovi a na logopedii. Pokračujeme v logopedické péči. Cvičíme i doma. Ve škole pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu v nějakých předmětech (čeština, matika).*

*Na doporučení se snažím doma nastavit pravidla, vytvořit jakýsi řád, strukturu, abysme předešli jeho záchvatům vzteku. Když nastane vztek, přejdu to a odvedu jeho pozornost jinam. (Rodina č. 4)*

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem říká: „*Intervence pro nás představuje ucelenou rehabilitační péči. Logopedii, fyzioterapii, snoezelen, canisterapii, muzikoterapii apod. Chodí na pravidelné lékařské prohlídky. Dochází do stacionáře, odpoledne chodí do kroužku keramiky, který ji moc baví. Všude ji musíme vozit. Radíme se o dalších postupech a spolupracujeme se speciálními pedagogy, lékaři, hlavně s očním a rehabilitačním. Pak taky s psychologem.* (Rodina č. 5)

Matka patnáctileté Jany, s těžkou mentální retardací tvrdí: „*Chodíme do komunitního centra. Neustále něco řešíme s úřady, což je dost náročné. Vadí mi, že možnosti intervencí si musíme shánět sami a často i zaplatit!*“ (Rodina č. 6)

#### **7.1.12 Výchova a péče o jejich potomky s mentálním postižením**

Matky souhlasně uvádějí, že výchova a péče o jejich potomky s mentálním postižením je velmi náročná, vyčerpávající a mnohdy nepřináší žádné viditelné výsledky, ale přesto se snaží zachovat si optimistický náhled na život, pozitivní mysl, vytrvalost a důslednost. Čelí výchovným problémům a častým změnám v chování svých dětí, přidruženým postižením, která se k mentální retardaci váží, jako například porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), epilepsie, narušená komunikační schopnost apod.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením uvádí: „*Ve výchově bych chtěla dosáhnout co největší jeho samostatnosti. Vychovávám si syna po svém, zapojuji ho do všech domácích činností a prací, přičemž on je rád, že je užitečný a něco dokáže a já jsem šťastná, že se spolu stále něčemu učíme, a to vede částečně k jeho samostatnosti, v rámci možností.*“ (Rodina č. 1)

Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením shodně říkají:

„*Důležitý je, aby se určité prvky péče stále opakovaly, aby se vytvořila určitá struktura a systematickosti. Máme i časový plán, kterým se Simona může řídit.*“  
*Nedokáže domyslet následky svého chování. Je náladová. Snažíme se z ní vychovat holku pro život. Učíme ji praktickým věcem. Pomáhá nám v domácnosti s úklidem,*

*vařením, stará se o psa. Její postižení nezměníme, ale přesto podporujeme její pozitivní stránky.“ (Rodina č. 2)*

Matka patnáctiletého Tomáše, chlapce se středně těžkým mentálním postižením:

*„Vzhledem k problémovému chování se mi osvědčilo nastavení jasných mantinelů, dodržování určitých zásad a dodržování stejného režimu všude. Chtěla bych dosáhnout co největšího zapojení syna do všeho možného!“ (Rodina č. 3)*

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením tvrdí:

*„Důležitý je pro mě to, aby se byl schopnej o sebe aspoň trochu postarat a měl nějaký návyky, zvládnul jednoduchou práci a uměl se trošku chovat. (Rodina č. 4)*

### **7.1.13 Nedostatek volného času a seberealizace samotných matek dětí s mentálním postižením**

Vztahy rodičů s přáteli a jejich vlastní zájmy ustupují do pozadí. Rodiče mají omezené časové možnosti. Jejich potomek vyžaduje celodenní péči a volný čas rodičů se tak odvíjí od možnosti hlídání dětí buď rodinnými příslušníky, přáteli, dobrovolníky či využití služby osobní asistence. Některé matky nemohou chodit ani do zaměstnání a péče o jejich dítě s mentálním postižením se stává jedinou náplní jejich života, což v důsledku vede ke stresu, případně trpí depresemi.

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením tvrdí: *„Snažím se, abych synovi zajistila všechno, co potřebuje, ale nestíhám. Připadá mi, že se vše nedá skloubit. Chodím ještě na částečnej úvazek do práce a mám ještě jedno zdravý dítě. Není to jednoduchý.“ (Rodina č. 4)*

Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem sděluje:

*„Když se obrátím sama o pomoc psychiatra, objednáci doba bude dlouhá a výsledek budou možná antidepresiva pro dceru a posléze i pro mě. Představovala bych si spíše mít třeba jednou měsíčně možnost zkonzultovat nastalé změny v jejím chování a hledat vhodné řešení. Prostě nebyť na to sama. Někdy jsem již bezradná a nevím, kde hledat pomoc.“ (Rodina č. 5)*

#### **7.1.14 Aktuální problémy, včetně zdravotních, které řeší rodiče potomků s mentálním postižením**

Zúčastnění rodiče řeší problémy týkající se zdravotního stavu dětí, časté změny v chování potomků s mentálním postižením, navazování vztahů s vrstevníky, plnohodnotné využití jejich volného času ekonomické zajištění rodiny, musí komunikovat s úřady apod.

Celkové uspořádání rodiny a jejich aktivity se odvíjí od sociokulturní úrovně rodiny. V neposlední řadě vyjádřili obavu z případného zneužití a zmanipulování jejich dítěte. A to zejména v souvislosti se snížením jejich rozumových schopností. Přemýšlí o tom, jestli je přiměřené, aby byli svéprávní či nikoliv. Mají obavy z jejich zneužití, manipulace, aby se nestali obětí trestného činu nebo podvodu, sexuálního zneužití apod.

Matka patnáctiletého Pavla se středně těžkým mentálním postižením sděluje: *„Aktuálně řešíme jeho nedostatečné sociální a pracovní návyky. „Je velmi zranitelný, nejistý, psychicky labilní a bohužel velice snadno zneužitelný a zmanipulovatelný, což vnímám jako velký problém.“* (Rodina č. 1)

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením tvrdí: *„Bojujem s problémovým chováním syna, je to prostě kluk se vším všudy, často řešíme stížnosti na jeho chování ve škole.“* (Rodina č. 3)

Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením uvádí: *„Teď společně řešíme problémový chování syna s psychiatrem. Snažím se dodržovat určitá pravidla, abysme zmírnili problémový chování syna, vztek, vzdor. Dalším problémem je, že je lehce zmanipulovatelný a ovlivnitelný, mám strach, že udělá nějaký průšvih nebo se do něčeho zaplete.“* (Rodina č. 4)

Matku patnáctileté Káti, s Downovým syndromem trápí: *„Aktuálně řešíme zvýšený sexuální pud dcery, nastavili jsme jasné hranice přijatelného chování.“* (Rodina č. 5)

## **7.2 Komparace představ a náhledů na výchovu, vzdělávání a plánování budoucnosti rodičů vychovávajících dítě bez postižení a rodičů s dítětem s mentálním postižením**

Záměrem bylo zjistit: Jakým směrem se ubírá výchova, vzdělávání a plánování budoucnosti intaktních dětí staršího školního věku z pohledu jejich rodičů.

### **7.2.1 Rodina vychovávající dítě staršího školního věku bez postižení**

Z provedeného doplňkového kvantitativního výzkumu plyne, že vše ukáže čas, rodiče nikam nespěchají, své dítě nikam „netlačí“ a ponechávají si prostor pro vzájemné porozumění potřebám svých dětí, jejich přání a vizi. (graf k otázce č. 5)

Podporují své potomky v chuti do vzdělávání, motivují je, ale zároveň uvedli, že respektují jejich vzdělávací možnosti, které jsou nepřeborné a minimálně limitující. Vedou s dětmi rozhovory o budoucím povolání, potažmo o představě života v dospělosti. Většina dětí má již svou vlastní představu o budoucím povolání či dalším vzdělávání. V případě, že to tak není, využijí poradenských služeb v rámci školy. (graf k otázce č. 12)

Rodiče intaktních dospívajících dětí se na společném vzdělávání, s dětmi s mentálním postižením s intaktními dětmi, (inkluzivní vzdělávání) dívají spíše negativně. Uvádějí, že je nepřínosné pro zdravé děti ani pro jedince s mentálním postižením, že jim je lépe ve speciálních školách. Většina rodičů uvedla, že se společně s jejich dcerou či synem vzdělává spolužák s mentálním postižením. Najdou se však i tací, kteří inkluzi neřeší, je jim to zkrátka jedno, nijak se jich to nedotýká nebo na to žádný názor zkrátka nemají. (graf k otázce č. 8) Někteří rodiče si uvědomují i přínos inkluze, ale pouze v případě, že se zamýšlíme individuálně směrem k samotnému dítěti, které inkludujeme, což je základ pro to, aby měla přínos a kýžený efekt. (graf k otázce č. 9)

Rodiče zdravých dětí si jsou vědomi nelehké životní situace rodin, v nichž vyrůstá dítě s mentálním postižením, téhož věku a mají povědomí o problémech, které řeší. Zejména v souvislosti se samostatností, začleněním dítěte do společnosti,



do vzdělávacího systému, omezenými vzdělávacími možnostmi, nedostatkem volného času rodičů pro sebe a nejistou budoucností. (graf k otázce č. 10)

Ani pro rodiče zdravých dospívajících dětí není výchova jednoduchá, často si s ní neví rady, řeší problémy spojené s dospíváním a pubertou, které jsou v tomto období zcela běžné. Děti se bouří, snaží se na sebe upozornit, jsou nepořádní, vzdorovití, nosí výstřední oblečení, odmlouvají apod. Dále se potýkají s nebezpečím souvisejícím s novými informačními technologiemi, jako jsou facebook, chat, chytré mobilní telefony apod. Dále s nástrahami spojenými z vlivu závadových part či vrstevníků, kde společně experimentují, prvně okusí alkohol, cigaretu apod. (graf k otázce č. 13) Někteří rodiče však uvedli, že ještě žádné změny v chování a problémy nenastaly. (graf k otázce č. 7)

Každý rodič má o své dítě strach, o jeho bezpečnost. Aby se nestalo obětí šikany či dokonce obětí trestného činu. I zde obava pramení z nadměrného užívání moderních technologií, hodin strávených dětmi na facebooku, chatu apod., nikoliv z důvodu, že by jejich děti byly ovlivnitelné, snadno zmanipulovatelné, zneužitelné či nadměrně důvěřivé. (graf k otázce č. 11)

Rodiče zdravých dětí téhož věku mohou mít se svými dětmi zcela jiný vztah, mohou s nimi diskutovat, děti se jim svěřují, někdy méně, někdy více, se svými problémy, trápením, které pubertu doprovází. (graf k otázce č. 4) Čas, který rodiče denně tráví s dětmi, si určují sami, dle svých priorit, potřeb a časových možností. (graf k otázce č. 3) Svůj volný čas jim nepřizpůsobují a ten jejich jim nemusí organizovat a korigovat, protože jsou zcela samostatné (graf k otázce č. 6).

Děti mají spoustu koníčků, zájmů, chodí na kroužky, za kamarády, do kina, nakupovat nebo se věnují sportovním aktivitám. Na kroužky dochází buď sami pěšky, autobusem nebo je rodiče dopravují autem. Záleží na vzdálenosti od místa bydliště. Jejich snahou je, aby se děti nenudily. Rodiče je mohou nechat samotné doma a zajít si třeba na večeri či do kina, což vytváří životní prostor i pro ně samé. Mohou si zkrátka naplánovat i aktivity vlastní, aniž by museli řešit hlídání pro postiženého potomka. O mladšího sourozence se často stará ten starší, vodí ho do školky, na autobus, doprovází ho na kroužek, chodí spolu ven, na hřiště, do parku apod. (graf k otázce č. 2)

Rodiče zdravých dětí staršího školního věku by chtěli vychovat generaci, která je schopna obstát ve společnosti. Podstatou výchovy je dle jejich vyjádření vychovat jejich děti do života. (graf k otázce č. 14)

### **7.2.2 Rodina vychovávající dítě staršího školního věku s mentálním postižením**

Rodiny, kde vyrůstá potomek s mentálním postižením, řeší specifické problémy, ve vztahu k výchově a vzdělávání svého dítěte staršího školního věku. Často se jedná o neúplné rodiny, zpravidla rodinu opouští otec dítěte.

Denně se musí zabývat věcmi, které jsou pro rodiče zdravých dětí naprostou samozřejmostí. Například nesamostatnost dětí s mentálním postižením a nedostatečné sociální a pracovní návyky. Matka čtrnáctiletého Jana s lehkým mentálním postižením tvrdí: „*Jeho práce doma i ve škole se odvíjí od toho, jak se mu chce. Někdy pracuje, někdy ne. Nic s tím neudělám. Mohla bych mu to zkrátka nařídit nebo něco zakázat, vyhrožovat, jako to platí na zdravé děti, ale bylo by mi to houby platný.*“ (Rodina č. 4)

Dále rodiče musí řešit problémy spojené se zdravotním stavem svých potomků s mentálním postižením, komplikace v podobě dalších přidružených postižení, jako je ADHD, epilepsie, smyslové vady, poruchy autistického spektra, poruchy osobnosti a jiné. Rodiče čtrnáctileté dívky s lehkým mentálním postižením „*Už jsme unavení z neustálého dodržování těch správných výchovných a vzdělávacích přístupů. Rodiče, kteří mají to štěstí a mají zdravý dítě se v podstatě vůbec nad výchovou nezamýšlejí, nebo alespoň ne tolik. My řešíme nejen mentální retardaci jako diagnózu, ale taky potíže, který s sebou nese v podobě přidružených stavů. Hyperaktivitu, epilepsii apod. Jako kdybysme toho měli málo.*“ (Rodina č. 2) Jsou zatíženi zařazením jejich dětí do školského systému, potažmo celé společnosti. Trápí je omezené vzdělávací a následně pracovní možnosti, osamostatnění se, obávají se případného zmanipulování a zneužití jejich dětí, případného uzavření manželství a rodičovství a (ne)schopnost vést tzv. normální život, vést vlastní domácnost apod.

Matka patnáctileté Jany, s těžkou mentální retardací říká: „*Vím, že nikdy nezažiju první slzy s dcerou v tanečních, že se nebudu těšit z vnoučka a nevystrojím ji svatbu.*“ (Rodina č. 6)

Matka patnáctiletého syna se středně těžkou mentální retardací uvádí: „*Syn bude chodit do školy co nejdýl to půjde, ale co pak? Stacionář? Je to všechno daleko, tady u nás o ničem takovém nevím, kde by se věnovali dětem s mentálním postižením a kde by se tyhle děti mohly realizovat a uplatnit se.*“ (Rodina č. 1)

Rodiče si uvědomují i nelehkou pozici zdravých sourozenců v rodině, kteří jsou buď opomíjeni a musí se nějak „protlouct“ sami nebo jsou naopak přetěžováni a jsou na ně kladeny nepřiměřené nároky, zejména co se školního prospěchu týče či koníčků. Matka patnáctileté Káti, s Downovým syndromem uvádí: „*Uvítala bych, kdyby byla možnost nějakého poradenského zařízení, ve kterém bych mohla probrat veškeré aktuální problémy dcerky s psychologem, psychiatrem a řešit situaci v rodině, která nastane. Třeba popovídat si o tom, jak se cítí zdravý sourozenec, co pro něho můžu udělat, vždyť o ně se nikdo nestará, vše je na rodičích.*“ (Rodina č. 5)

Rodiče dětí s mentálním postižením jsou sice těmi nejlepšími terapeuty, učiteli a průvodci svých potomků, v důsledku toho jsou však vyčerpaní, stresovaní, trpí depresemi, přemáhá je únava a potřebují alespoň na čas vystřídat. Nemají téměř žádný volný čas, možnost vlastní seberealizace, mají o dítě větší strach, nemohou je pustit ven jen tak za kamarády, neustále je někam doprovází, vodí, vozí, řeší něco s úřady, dochází na terapie, k odborníkům, lékařům, tráví s nimi čtyřicet hodin denně a musí se obrnit trpělivostí. Matka Tomáše se středně těžkým mentálním postižením uvádí: „*Nedělám nic jinýho, než pořád jezdím po doktorech a mám strach o syna strach, že se k jeho diagnóze přidá ještě něco dalšího. Každý další epileptický záchvat syna mě trápí. Pokaždý, když jsem se synem u psychiatra, říkám si, že bych potřebovala pomoc spíše já:*“ (Rodina č. 3)

## 8 Diskuze

Výzkumné šetření v diplomové práci koresponduje se závěrem výzkumu Bigbyové (2000), který potvrdil, že rodiče zpravidla plánují budoucnost svého potomka s mentálním postižením tak, aby mohl být co nejdéle v prostředí rodiny. Věk rodičů, kteří přestávají pečovat o takto postiženého jedince, se pohybuje od 40 do 73 let. S přibývajícím věkem nevyhnutelně souvisí těžkosti v podobě zdravotních problémů jak samotných rodičů, tak i dítěte s postižením. V tomto okamžiku rodiče podléhají obavám, co bude jednou s jejich dítětem, až se o něj nebudou schopni postarat oni sami. Odkládání řešení budoucnosti mnohdy vede ke krizi v rodině, k úmrtí či vážnému onemocnění jednoho z rodičů. Poté je nevyhnutelné umístění jedince s mentálním postižením do domova seniorů. *„Psychologický a speciálně pedagogický přístup k postiženým dětem by měl uchovávat všechno pozitivní, co minulé zkušenosti přinesly a citlivě zkoumat nová řešení, ale nepodlehnout tlaku jejich momentální atraktivnosti. Postižené děti jsou velmi různé a tak nelze generalizovat jeden způsob řešení, i když se jeví na první pohled ideální.“* (Vančura, 2007, s. 119)

Provedený výzkum potvrdil obavy rodičů v souvislosti se zdravotním stavem samotných stárnoucích rodičů. Jsou si vědomi, že se jedná o péči tzv. „napořád“, mají strach o své zdraví, kdo by se pak postaral o jejich potomka. Vystávají potlačované otázky: *„Co kdyby?“* Rodiče dospívajících dětí s mentálním postižením se sice snaží žít přítomností, přesto často přemýšlí o tom, co nastane, až zemřou. Obávají se, aby břemeno péče o postiženého potomka nezůstalo na sourozencích. Možnou variantu umístění dítěte do Domova pro osoby s mentálním postižením si zatím nepřipouští.

Blue-Bannigová a Turnbullová (2002) provedly výzkum, který se zabýval zjištěním vize o „ideálním budoucím životě svého dítěte s mentálním postižením. *„Zjištění bylo prosté, nejvíce si rodiče přáli, aby byli jejich potomci akceptováni společností, aby si našli přátele a navázali vztahy, našli vhodné chráněné či podporované bydlení, přičemž nepřeferovali ústavní zařízení.“* *„Další starost jim dělala oblast trávení a využití volného času.“* (Lečbých, 2008, str. 68) Výzkum, který je součástí diplomové práce se s tímto tvrzením shoduje.

Ze zahraničních výzkumů (např. Krauss, Erickson 1998) vyplývá, že dospělí jedinci s mentálním postižením, žijící se svou rodinou, mají vytvořenou menší síť sociálních vztahů, než ti, kteří žijí v chráněném bydlení. Sociální vztahy s přibývajícím věkem lidí s mentálním postižením nabývají na důležitosti – rodiče stárnou, sourozenci zakládají vlastní rodiny a člověk s mentálním postižením zůstává osamocen. Proto je klíčová podpora jedince s mentálním postižením rodiči, a to zejména ve vytváření a udržování přátelských vztahů.

V České republice zatím chybí adekvátní speciálněpedagogická intervence, přičemž v zahraničí jsou běžně dostupné například kurzy nebo semináře pro rodiče jedinců s mentálním postižením, které cílí právě na plánování budoucnosti. (*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2009, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720)

Výjimkou nejsou ani intervenční programy v podobě psychoedukační intervence u matek dospělých osob s mentálním postižením. Náplní jsou diskuse s rodiči, přednášky na téma možnosti bydlení, finančního zajištění či oblast legislativy při plánování budoucnosti. Další možností jsou podpůrné a vzdělávací programy, které jsou určeny pro rodiče dětí s mentálním postižením ve věku adolescenčním až po období stáří. (*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2009, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720) Provedené výzkumné šetření v rámci diplomové práce, realizované prostřednictvím rozhovorů s matkami dospívajících dětí s mentálním postižením, potvrdilo absenci dostupných podpůrných a vzdělávacích intervenčních programů, které by byly určeny pro ně, pro rodiče dětí s mentálním postižením. Z rozhovorů s nimi vyplynulo, že o žádných podobných aktivitách nevědí, a že si mnohdy musí obstarat veškeré informace o vzdělávacích možnostech jejich potomků s mentálním postižením a nabízených sociálních službách sami.

Na základě pozorování veškerého dění v samotných rodinách, kde vyrůstá dítě staršího školního věku s mentálním postižením a během průběžných praxí bylo zaznamenáno několik postřehů. Například problematika hyperprotektivní výchovy, která podporuje nezdravou závislost dítěte s mentálním postižením na rodičích a návyk na to, že rodiče za své potomky vše vyřeší a odstraní jim veškeré překážky, s kterými by si možná uměli poradit sami. V důsledku toho tito rodiče svým

dospívajícím dětem brání v jejich osamostatnění se a seberealizaci. Pro některé rodiče je péče o takového jedince jedinou a hlavní náplní života a rezignují na veškeré další sociální role. Vzniká tak výrazná oboustranná emoční závislost. V souvislosti s náročností péče o dospívajícího potomka s mentálním postižením, je většina vybraných rodičů vyčerpaná a někteří trpí i depresivními stavy.

## 8.1 Závěrečné zhodnocení

V rodinách s dítětem s mentálním postižením fungují jiné mechanismy než v rodinách, kde vyrůstá zdravé dítě. Pro celou rodinu mentální postižení představuje velkou zátěž, tudíž je vhodné, aby se povinnosti rozložily mezi jednotlivé členy rodiny, pokud to lze. Matky často nabízené sociální služby vnímají spíše jako prohřešek či vlastní neschopnost, tudíž k nim zaujímají odmítavý postoj, což je chyba.

Každý rodič dítěte s jakýmkoliv zdravotním postižením se stává rovněž „odborníkem“ na dané postižení svého potomka a v důsledku toho disponuje i určitými znalostmi, v oblasti terapeutické a diagnostické. Komplexní diagnostika tvoří jakýsi odrazový můstek pro další možnou intervenci.

U mentálně postižených jedinců mimořádného významu nabývá utváření pevného systému návyků, které částečně „kompenzují“ intelektový deficit. Nezbytné je ale neustálé opakování a praktické procvičování. Návyky jsou základem pro uvědomělejší chování a jednání. (Vančová, 2014)

Rodiče by se měli naučit nesrovnávat své „velké dítě s mentálním postižením“ s intaktními vrstevníky.

Edukaci podmiňuje řada činitelů: mentální úroveň jedinců, stupeň jejich postižení, další přidružená postižení, individuální odlišnosti jedinců, psychické procesy, emocionální a volní vlastnosti, celková osobnost těchto jedinců, kvalita školy a učitelů, rodinného prostředí a další faktory. (Vančová, 2014)

Rodiče dětí s mentálním postižením se aktivně podílejí na jejich komplexní rehabilitaci. Tedy na všech aktivitách a opatření, která vedou k jejich socializaci a v konečném důsledku k integraci, inkluzi v širším slova smyslu. Dopravují je, doprovází, komunikují s úřady a různými institucemi, radí se s odborníky apod.

Každý člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost, zaujmeme k němu tedy holistický přístup, což vyžaduje spolupráci všech zúčastněných. (Vančová, 2014) Komplexní rehabilitaci tvoří složky: léčebná, sociální, vzdělávací a pracovní. Cílem léčebné rehabilitace u mentálně postižených jedinců je dosažení dobrého zdravotního stavu. K tomuto účelu se využívá léčebné tělesné výchovy, rehabilitačního a tělesného cvičení, ergoterapie, psychoterapie, psychorehabilitace, arteterapie, muzikoterapie, dietoterapie, animoterapie, farmakoterapie, chirurgická terapie, podpůrné léčby v podobě masáží či vodoléčby a kompenzačních pomůcek. Realizuje se v léčebnách, zdravotnických zařízeních.

Hlavním záměrem sociální rehabilitace u této cílové skupiny je snaha o dosažení maximální možné míry socializace. Probíhá v zařízeních sociální péče, rehabilitačních střediscích, speciálních školách, centrech volného času, školních klubech apod. K dosažení maximálního možného výsledku využíváme forem: psychologické, technické, právní, ekonomické, společenské. V praxi aplikovanými metodami jsou: hry, diskuse, brainstorming, dotykové aktivity, hraní rolí, povídání si a naslouchání a relaxační techniky.

Pracovní rehabilitace se soustředí na seberealizaci a rozvíjení osobnosti jedinců s mentálním postižením, na vytváření pozitivních pracovních návyků, zručnost a způsobilost. Praktikuje se v zařízeních sociální péče, rehabilitačních střediscích, chráněných dílnách, chráněných pracovištích, speciálních školách a speciálních školských zařízeních formou pracovní terapie, profesní orientace a přípravy či podporovaného zaměstnání.

Z rozhovorů s rodiči vyplývá, že si musí sami zajistit veškeré informace o možnostech vzdělávání svých potomků staršího školního věku s mentálním postižením a zajistit jim přiměřenou speciálně pedagogickou intervenci na míru jejich druhu a stupni zdravotního postižení. Rovněž je musí mnohdy doprovázet na všechny aktivity včetně volnočasových, na speciálně pedagogické terapie či zajistit službu osobní asistence. Stěžují si na nedostatek potřebných informací i ze strany pomáhajících profesí.

Náhled rodičů dětí staršího školního věku s mentálním postižením a rodičů dětí intaktních na výchovu a edukaci se různí.

Z kvalitativního výzkumu vyplynulo, že rodiče dětí s mentálním postižením tíží především budoucnost, začlenění dítěte do společnosti, do pracovní sféry, ale zejména jejich osamostatnění, což rodiče intaktních dětí stejného věku v podstatě vůbec neřeší.



## **Závěr**

Teoretická i praktická část diplomové práce se zabývá rolí rodiny v kontextu plánování speciálně pedagogické intervence o žáky s mentálním postižením staršího školního věku. Vychází ze zkušenosti samotných rodičů, kteří se o takového potomka starají a vychovávají ho. Odráží zvládnání nároků na péči, upozorňuje na problémy, úskalí a obavy, které rodiče tíží a musí jim čelit. Nejvíce je trápí nepříznivá životní perspektiva a nejistá budoucnost.

Teoretická část se věnuje dítěti s mentálním postižením, vymezuje pojem mentální retardace (dále jen MR), a mentální postižení, s ním související sociální model postižení a diskriminaci a znevýhodnění, které k jedinci s mentálním postižením přichází z vnějšího prostředí. Zabývá se socializací této cílové skupiny jedinců, jejich vývojem a projevy, vymezuje terminologii, etiologii, klasifikaci MR, přidružená postižení a nemoci, terapeutické přístupy a jednotlivé terapie.

Druhá kapitola akcentuje rodinné prostředí dítěte s mentálním postižením ve školním věku, roli rodiny, nutnost porozumění individuálním potřebám těchto dětí, možnosti podpory a sociálních služeb a plánování budoucnosti dítěte s mentálním postižením v představách rodičů.

Třetí se zaměřuje na specifika edukace žáků s mentálním postižením s přesahem do sféry pracovního uplatnění, vymezuje legislativní rámec vzdělávání těchto žáků. Zabývá se předprofesní a profesní přípravou žáků. Hovoří také o edukaci jedinců s mentálním postižením v období dospělosti a o jejím významu.

Čtvrtá hovoří o speciálně pedagogické intervenci o žáky s mentálním postižením staršího školního věku. Odráží životní perspektivu těchto rodin. Nalezneme zde osobnostně – strukturální edukační specifika žáků, včetně didaktických zásad, speciálně pedagogické intervence v rodinách dospívajících a dospělých jedinců s mentálním postižením a seberealizaci těchto jedinců v období dospělosti. Nechybí ani speciálně pedagogická intervence v rodinách stárnoucích osob s mentálním postižením.

Praktická část je zacílena na vlastní kvalitativní výzkum a následnou interpretaci získaných výsledků z rozhovorů s matkami mentálně postižených dětí. Výzkumným problémem je speciálně pedagogická intervence v rodinách dětí

s mentálním postižením ve školním věku a dospívajících jedinců. Studie odráží zkušenosti rodičů s formální podporou, s dostupností odlehčovacích služeb, spolupráci mezi rodiči a školou a roli rodičů. Součástí je doplňkový kvantitativní výzkum, díky kterému lze provést určitou komparaci životních náhledů do budoucna očima rodičů, kteří vychovávají dítě staršího školního věku bez postižení a rodičů, které pečují o dítě téhož věku s mentálním postižením.

Přínosem diplomové práce je interpretace pohledů a postojů jednotlivých rodin vychovávajících dítě staršího školního věku s mentálním postižením a popis jejich běžných situací v sociálním kontextu.

Štúr (2009) uvádí, že nejlepší výchova je sebevýchova. V případě jedince s mentálním postižením to platí dvojnásobně. Rodiče se sice často zříkají své naděje budoucnosti, ale nemusí proklínat vlastní život, zanevřít na všechno okolo. I dítě s postižením ocení jeho snahu, lásku, porozumění, humor a odvalu. (Radková, s. 51)

Cílem mé diplomové práce bylo teoreticky i prakticky popsat vizi rodičů při plánování budoucnosti svého dítěte staršího školního věku s mentálním postižením a současně poukázat na důležitost celého procesu plánování budoucnosti. Nejen z pozice pozorovatele, ale ze subjektivního hlediska matek, které vychovávají dítě s mentálním postižením, a následně se ze shromážděných informací pokusit o komparaci jednotlivých představ, pohledu mého, ostatních matek mentálně postižených dětí a matek, které mají zdravé dítě stejného věku. Díky vlastní životní empirii a otevřenosti dotázaných matek, sdílet se mnou jejich životní příběh, se mi podařilo dostat svého vytyčeného cíle.

Plánování budoucnosti je dle Bigbyové (2000, s. 14) komplexním dynamickým procesem, kdy záměry musí být dostatečně flexibilní a adaptibilní, musí být v souladu s měnícími se požadavky na bydlení, finančním zajištěním a legislativou.

Cílem plánování by mělo být zajištění bezpečnosti a stability jedinců s mentálním postižením. Zamýšlení se nad budoucností tvoří součást celého života rodin jedinců s mentálním postižením. Nesmí se ovšem opomíjet plánování společně s jedincem s mentálním postižením. (*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2009, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720) Prožití zkušenosti rodičů mají obohacující význam nejen pro ně samotné, ale i pro další rodiny, které se ocitají ve stejné situaci.

Přínosné jsou však i pro speciálně pedagogickou praxi. Mohou však pozitivně ovlivnit i způsob smýšlení majoritní společnosti a nastítnit jim „jinou“ životní realitu „jiných“ rodin. (Vančura, 2007)

Životní perspektivy jedinců s mentálním postižením závisejí z části na nich samotných, na prostředí v němž vyrůstají, ale především na toleranci společnosti a její ochotě přijímat jinakost a odlišnost. Svou roli sehrává však i sebehodnocení jedinců s mentálním postižením a jejich rodin, získané zkušenosti a postoje. Mentální retardace je zdrojem úskalí spjatých s obtížným uplatněním se na trhu práce. Postižení bychom se měli naučit brát pouze jako jeden nepříliš relevantní znak jedince a umět vidět vnitřní kvality, kterými daný jedinec disponuje. (Vágnerová, 2003)

Efektivní intervence o děti a žáky s mentálním postižením musí vycházet z kooperace odborníků (interpersonálního týmu) – lékařů, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a rodičů. Rodičům dětí s mentálním postižením, by měli speciální pedagogové prezentovat různé úkoly, zaujmout k nim speciálně pedagogické přístupy a společně by měli vytvořit vzájemnou součinnost. Intervence tedy nesmí být orientována pouze na jedince s mentálním postižením, ale na celou jeho rodinu. Rodičům by se mělo dostávat emocionální podpory ze strany interdisciplinárního týmu. Důležité je také respektovat a zjišťovat představy rodičů a poskytovat jim adekvátní informace ve správný čas. Veškeré druhy intervence by měly být dostupné a s ní i kontinuita péče.

Pro úspěšnou intervenci je nezbytná aktivní účast rodičů, dobrý vztah mezi terapeutem (speciálním pedagogem) a jedincem s mentálním postižením a mezi terapeutem a rodičem jedince. Jen tak lze dosáhnout efektivních výsledků při terapiích, jednotného výchovného působení, zajistit větší porozumění potřebám dítěte i rodičů, upevňování vhodného chování v různých prostředích, seznámení se speciálně pedagogickými metodami a speciálním vzděláváním s využitím i v domácím prostředí. Významu nabývá i zpětná vazba, vedoucí k případné změně, (Kunhartová, Potměšil, Potměšilová, 2017)

Diplomová práce nabízí vhléd do soukromí rodin, ve kterých vyrůstá dítě staršího školního věku s mentálním postižením, a její smysl shledávám především ve sdílení jejich životních zkušeností, které obohatí nejen další rodiče, ale i širší

veřejnost. Přínosem pro mě samotnou je možnost být v kontaktu s lidmi, kteří čelí stejným nesnázím a zádrhelům jako já, což je zároveň mé doporučení pro všechny rodiny vychovávající dítě s jakýmkoliv zdravotním postižením. Nebuďte na to sami!

(Vágnerová, M., Strnadová, I., Krejčová, L., 2009, s. 239)

Kdo prožije - pochopí. Kdo ne, může se o to alespoň pokusit.

## Seznam odborných pramenů a literatury

### **Knihy:**

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011, 140 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.

BUBENÍČKOVÁ, Petra. *Biblioterapie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017, 1 CD-ROM (112 stran). ISBN 978-80-7435-699-5.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

FINKOVÁ, Dita a Jiří LANGER. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 208 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4303-4.

HÁJKOVÁ, Vanda. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. Praha: Ve spolupráci s nakladatelstvím Epoque vydala Somatopedická společnost, 2009, 159 s. ISBN 978-80-904464-0-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. přeprac. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

KARÁSKOVÁ, Vlasta a Alena KRAUSOVÁ. *Pes a dítě s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 27 s. ISBN 80-244-0953-4.

KARIKOVÁ, Soňa. *Osobnostné a mentálne poruchy u detí a mladistvých zo sociálne znevýhodneného prostredia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2005, 100 s. Eruditio mores futurum. ISBN 80-8083-164-5.

KLIVAR, Miroslav. *Nová arteterapie v psychopedii*. Praha: Balt East, 2002, 63 s. ISBN 80-86383-14-8.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Special education of persons with mental disabilities*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013, 115 s. ISBN 978-80-244-3740-8.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Lucia PASTIERIKOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 127 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3714-9.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 95 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3711-8.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.

LEČBYCH, Martin a Martina FRIEDLOVÁ. *Metodická doporučení pro využití postupů expresivních terapií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 30 s. Ostatní publikace. ISBN 978-80-244-3484-1.

LEVINSON, Abraham. *The mentally retarded child*. London: G. Allen & Unwin, 1967, 185 s.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Specifika edukace žáků se speciálními potřebami s přesahem do sféry pracovního uplatnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 168 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2655-6.

MAKOVCOVÁ, Jana. *S rukama na uších*. Blansko: Almi, 2010, 122 s. ISBN 978-80-904344-7-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2.

MÜLLER, Oldřich. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 101 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3686-9.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2014, 508 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7.

OPATŘILOVÁ, D. PROCHÁZKOVÁ, L. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 159. s. ISBN 978-80-210-5536-0.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

RADKOVÁ, Libuša. *Aktuálně problémy lidí s mentálním postihnutím*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009, 80 s. ISBN 978-80-7394-185-7.

STRNADOVÁ, Iva. *Rodiny osob s mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008, 122 s. ISBN 978-80-7290-388-7.

SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 123 s. ISBN 978-80-244-3067-6.

ŠELNER, Ivo. *Fenomén člověk s postižením*. Vyd. 1. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2009, 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.

VÁGNEROVÁ, Marie a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ. *Psychologie handicapu*. Vyd. 2., opr. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003, 40 s. ISBN 80-7083-763-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 322 s. Učebnice. ISBN 80-244-0698-5.



VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan a Pavel HUMPOLÍČEK. *Hra v terapii*. Praha: Portál, 2017, 254 s. ISBN 978-80-262-1190-7.

VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř, 1997, 193 s. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

VANČOVÁ, Alica. *Inovácie v teórii, metodológii a praxeológii pedagogiky mentálne postihnutých*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014, 200 s. ISBN 978-80-7464-673-7.

VANČURA, Jan. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister& Principal, 2007, 151 s. Psychologie. ISBN 978-80-87029-14-5.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.

### **Články z časopisů:**

*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2005, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720

*Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*, 2009, Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, roč. 15, č. 3. ISSN 1211-2720

### **Internetové zdroje:**

*(Vyhláška č. 27/2016 Sb. ve znění účinném od 1. 1. 2018 [online]. [cit. 2018-02-12].*

Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2>

*(Střední školství pro mentálně postižené v České Republice [online]. [cit. 2018-02-*

*12]. Dostupné z: [ttp://www.narodniporadenskeforum.cz/uploads/publication/stredni-skolstvi-pro-mentalne-postizene-v-ceske-republice-13.pdf](http://www.narodniporadenskeforum.cz/uploads/publication/stredni-skolstvi-pro-mentalne-postizene-v-ceske-republice-13.pdf))*

## SEZNAM PŘÍLOH

### **Polostrukturovaný rozhovor – pokládané otázky:**

1. *Osobní údaje (jméno, věk, diagnóza)*
2. *Kde a jakým způsobem se vzdělává dcera (syn s mentálním postižením)? Popište průběh a podmínky vzdělávání (integrace, speciální škola, asistentka pedagoga, aj)*
3. *Jak byste popsala spolupráci mezi školou, kde se vzdělává vaše dítě s mentálním postižením a vámi, případně vztah s asistentkou pedagoga?*
4. *Myslíte si, že má Vaše dcera (syn) nějakou představu o budoucnosti? (Dle stupně postižení)*
3. *Využíváte odlehčovacích služeb? Popřípadě dalších sociálních služeb?*
4. *Jaké je přijetí dcerky (syna) širší rodinou?*
5. *Jakou speciálně pedagogickou intervenci a další péči (logopedie, fyzioterapie, hipoterapie,...) svému dítěti zajišťujete?*
6. *Pomáhá Vám někdo při plánování a zajišťování péče o Vaše dítě v oblasti léčebné, pedagogické, sociální a volnočasové?*
7. *Jak vyplňujete volný čas svého potomka staršího školního věku s mentálním postižením?*
8. *Máte nějaký čas na sebe nebo je péče o dceru (syna) jedinou vaší životní náplní?*
9. *Kdybyste mohla ve svém životě něco změnit - „vrátit čas“, co by to bylo?*
10. *Jak se cítíte? (šťastná, nešťastná, unavená, přetížená, vyčerpaná, zklamaná, nemáte prostor k seberealizaci, nedostatečná finanční situace, stres, aj.)*

11. *Co je pro vás nejtěžší v zajišťování potřeb a péče o vaši dceru (syna)?*
12. *Z čeho máte největší strach, co vás tíží ve vztahu k budoucnosti Vašeho dítěte s mentálním postižením?*
13. *Kdybyste mohla poradit ostatním rodičům, kteří vychovávají takto postižené dítě staršího školního věku, co by to bylo?*
14. *Je péče o vaše dítě staršího školního věku obtížnější, čím je starší? Přibývají další a další překážky a problémy? Jaké? S čím se aktuálně potýkáte?*
15. *Řešíte pubertu a specifika s ní spojená?*
16. *Pocítujete nedostatečnou podporu rodin dětí s mentálním postižením? A dostupnost odpovídajících služeb? Ano? Jak byste si tedy dostatečnou podporu představovali?*

## Fotogalerie

Polohování při canisterapii



## Canisterapie





**Nikolka:**

*„ahoj LENÍ , jak se máš? a co jste dostali od ježíška já jsem dostala dvě knížky stojanek na knížku krém von'avky samolepky a nový tablet ten je jen můj co vy s dětma co dostala NIKOLKA co budete dělat na silvestra my budeme doma protože se jerrynek bojí střelení moc pozdravuju NIKOLKU už umí číst mejli a má mejla nebo fb pá a musíme se pak někdy domluvit a zajít na kafe do cukrálny  
ahoj Lení, jak se máš? s dětma a co si přejete pod stromeček já knížku krém voňavku stojanek na knížku cd věrky špinarové a co vy? jak se má Nikolka moc ráda jí poznám už máš vytisknutou fotečku.”*

**Nikolka:**

*„ahoj LENÍ , budu na tebe vzpomínat ještě se mi o tobě zdál sen mám tě moc ráda a doufám že máš radost že mě máš na mejlu kdybych potřebovala tak ti napíšu strašně ráda jsem tě poznala a můžeme se někdy klidně domluvit a jít s polu ven jestli bys chtěla tak ti můžu napsat něco z knížky jestli ti to nevadí tak bych ti něco z knížky napsala ale bude to dlouhý ale jak vím tak ty ráda čteš víd já ti zase napíšu co jsme dělali ve škole a mohu tě proprosít o tvoji fotečku děkuji moccccccccccc a já jsem opravdu moc ráda že tě tu mám a ty taky že si můžeme kdykoliv napsat jestli bys chtěla tak já mám fb tak se můžeme kamarádit a třeba si někam můžeme zajít jestli bys chtěla ♥♥♥♥ ty mi kdykoliv napiš jsem na mejlu každý den a ráda si něco od tebe přečtu jestli tě nebudu otravovat v pátek jsem byla na očním a za rok budu mít nový brýle můžu ti psát.”*

**Nikolka:**

*„ahoj Lení jsem ráda že tě mám na mejlu budeme kamarádky jsem ráda že si budeme psát kdyby cokoliv tak mě tady budeš mít kdyby fakt něco tak mi dej vedet ano a děkuji za pomost aspoň jsem ráda že tě mám.”*

**Já:**

*„Ahoj Nikolko,  
děkuji za mailíky, moc mě potěšily, jen mám teď hodně práce, tak jsem ti dlouho nepsala, ale nezapomněla jsem na tebe, to v žádném případě.*



*Chodím ještě pořád do školy, studuji na vysoké škole.  
Jsem ráda, že se ti ve škole daří, a že se máš dobře.  
Měj se krásně a jakmile budu mít chvilku času, napíši ti delší mailík.  
S pozdravem Lenka”*

**Nikolka:**

*„ahoj LENÍ , vůbec nemáš zač neomlouvej se v pořádku já jsem taky neměla čas já mám taky tolik úkolů a mám dobrou zprávu MONČA dneska už jede domů z nemocnice a 18 v neděli se u ní stavím na pokec na kafe a na babovku a zdržím se u ní protože si jí chci užít a stejně mám od pondělka jarní prázdniny a přijela mi teta z ITALIE tak možná se s ní uvidím na jarky tak ti zase napíšu a řeknu co je u MONČI nového ano jo byla jsem ve škole na nákupu s LADOU a zapomněla jsem si vzít nakup 18 v neděli pojedu za MONIKOU na návštěvu pak ti pošlu fotky jaký to má je 7 patře už se na ní moc těším a těším se protože jí to všechno povím co se děje ve škole a jaký jsou novinky a budu s ní o samotě jupiiiiiiiiiiiiiiiiii a zahrajeme si s polu člobrdo a úplně jí řeknu všechno my si totiž věříme a ona mě budu se těšit na delší mejl měj se krásně LENÍ a ve škole se mi daří jen mě štve jedna asistenta ZDENÍČKA.”*

**Nikolka:**

*„ahoj Lení , jak se máš? moc na tebe myslím lení jerrynek byl v úterý na operaci s ocáskem my musíme se domluvit a sejít se někde abych ti mohla zase něco říct hele lení opatruj se mi v prosinci mám besídku snad se brzy uvidíme mám tě moc ráda a co stále děláš budeš mít čas na naši besídku máš zvířata doma mohla bys mi prosím vytisknout fotku mě nejde tiskárna.”*

**Já:**

*„Ahoj Niky,  
děkuju za mailík, dlouho jsem nepsala, měla jsem moc práce.  
Doufám, že operace dopadla dobře. Taky na tebe myslím, určitě se domluvíme.“*

*Já mám doma psa Zuzanu - labradorku a dva křečky. Mám tři děti, Nikolku, té je už 13 let a závodně bruslí, Pavlíka, kterému je 15 let a malá Johanka včera oslavila rok. Můžu ti něco vytisknout. Hezký den, Lenka“*

## **Představy o budoucnosti samotných dětí staršího školního věku s mentálním postižením**

**Otázka pro děti staršího školního věku s mentálním postižením:**

*„Čím bys chtěl být, až budeš dospělý?“*

Odpovědi:

**Rodina č. 1 – patnáctiletý Pavel se středně těžkým mentálním postižením**

*„Já budu kuchařem. Uvařím dobrý jídlo pro mamíska.“*

**Rodina č. 2 -Simona, dívka s lehkým mentálním postižením, 14 let**

*„Budu pracovat na zahradě a tam se budu starat o kytky. Budu okopávat a sklízet. A taky tam budou zvířata, taková malá farma, kozy, koně a králíci.“*

**Rodina č. 3 -Tomáš, chlapec se středně těžkým mentálním postižením, 15 let**

*„Já budu vymyšlet mobily, aby to fungovalo dobře. Zajímá mě technika. Mám nový mobil, má dost funkcí.“*

**Rodina č. 4 - Jan, chlapec s lehkým mentálním postižením, 14 let**

*“Nevím, asi bych zůstal doma a hrál bych hry na počítači”.*  
*„Mě nejvíc baví počítačové hry. Budu dělat na počítači.“*

**Rodina č. 5 -Kát'a, dívka s Downovým syndromem, 15 let**

*„Já bych chtěla zpívat nebo tancovat nebo budu učitelkou. Ještě to nevím určitě. Ale asi jo.“ Mám doma i mikrofon a cédéčka.“*

**Rodina č. 6 - patnáctiletá Jana s těžkou mentální retardací**

...bez odpovědi

